

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

302

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 avril 1900, à 1 heure

Par M^{lle} ANNA KALININE

Née dans le Gouvernement de Koursk, le 30 Décembre 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SIGNES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { MM. POTAIN, professeur.
GAUCHER, agrégé.
LAUNOIS, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE G. JACQUES

97, Boulevard Arago, 97

1900

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

302

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 avril 1900, à 1 heure

Par M^{lle} ANNA KALININE

Née dans le Gouvernement de Koursk, le 30 Décembre 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SIGNES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

Président : M. FOURNIER, professeur.

MM. POTAIN, professeur.

Juges

GAUCHER, agrégé.

LAUNOIS, agrégé.



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE G. JACQUES

97, Boulevard Arago, 97

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. BROUARDEL.	
Professeurs.....		MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.	
Physiologie.....		CH. RICHET.	
Physique médicale.....		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.....		A. GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.....		DEBOVE	{
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.	
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.	
Histologie.....		CORNIL.	
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.	
Thérapeutique.....		G. POUCHET.	
Hygiène.....		LANDOUZY.	
Médecine légale.....		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.	
Pathologie comparée et expérimentale.....		BRISAUD	
		CHANTEMESSE	
		POTAIN.	{
Clinique médicale.....		JACCOUD.	
		HAYEM.	
		DIEULAFOY.	
Maladie des enfants.....		GRANCHER.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.	
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND.	
		BERGER.	{
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY	
		LE DENTU.	
		TILLAUX.	
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.	
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.	
Cliniques d'accouchements.....		BUDIN.	{
		PINARD	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA. AUG.	GILLES de la TOURETTE	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA. ANDRÉ.	HARTMANN.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR ALFRED FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine,

Professeur à la Faculté,

Médecin de l'Hôpital St-Louis.

PRÉFACE

Nous n'avons pas ici la prétention de créer, ou d'ajouter quelque chose de nouveau aux nombreux travaux scientifiques faits depuis si longtemps par les plus éminents auteurs sur la syphilis héréditaire aussi bien précoce que tardive.

Notre but est plus modeste.

Nous voulons seulement réunir dans notre travail inaugural les résumés des travaux, des mémoires des différents auteurs, ainsi que leurs observations les plus intéressantes sur la syphilis héréditaire précoce.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes bien heureuse d'exprimer toute notre reconnaissance à nos Maîtres.

Ayant commencé nos études médicales en Russie à l'Ecole des femmes-aides-médecins de St-Petersbourg, nous devons adresser nos premiers remerciements à nos maîtres respectueusement affectionnés MM. les Docteurs : L. Bertenson, Baikow, Bourzew, Martinow, S. Popow, Potéchine, Soutougine, Tchernichew. Après avoir fini nos études dans cette école, nous avons travaillé pendant quelques années sous la direction bienveillante de MM. E. Pavlow, Soubotine, professeurs de l'Académie Militaire de Médecine de St-Petersbourg et M. Fénoménow, professeur de la Faculté de Médecine de Kasane. C'est à eux que nous devons nos premières connaissances pratiques en chirurgie et en gynécologie ; et nous les prions de vouloir bien accepter nos sincères remerciements.

Que M. le Professeur Fournier veuille bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en nous donnant le sujet de notre travail inaugural et en en acceptant la présidence. Depuis de longues années nous avons eu le bonheur de suivre son enseignement clinique si clair et si instructif. Nous avons pu non seulement admirer son grand talent de professeur, mais aussi sa bonté et son infatigable intérêt envers les malades. C'est de lui que nous emporterons le meilleur souvenir qui, pour toujours, sera gravé dans notre mémoire. Et nous tâcherons d'appliquer dans notre pratique ce que nous a enseigné notre cher maître. Nous garderons un souvenir affectueux de notre maître si regretté M. le D^r Hanot. C'est lui qui nous a appris avec tant de talent et de patience l'art de l'auscultation et de la percussion. Nous offrons notre témoignage de reconnaissance à nos maîtres MM. les Professeurs Berger, Pinard, Tuffier. En fréquentant leurs cours, nous avons tiré le meilleur profit de leur brillant enseignement en chirurgie et en obstétrique.

Nous tenons à remercier M. le D^r Comby dans le service duquel nous avons trouvé un accueil bienveillant.

HISTORIQUE

La question de l'hérédité syphilitique remonte à l'époque du xvi^e siècle.

Paracelse (1520) fut le premier qui a nettement affirmé la transmission héréditaire de la syphilis : « *fuit morbus hereditarius et transit a patre ad filium* ». Ses contemporains Théodosius (1541) et Ferrier Auger (1553) ont partagé son opinion et le dernier distingue trois modes d'infection du fœtus :

- 1^o par l'intermédiaire du père ;
- 2^o par l'ovule de la mère infectée ;
- 3^o par le sang de la mère contaminée pendant la grossesse.

Puis Haschardius (1554) émet une idée nouvelle : la maladie doit être plus grave lorsqu'elle vient de la mère parce que les enfants reçoivent le mal d'une double origine : « de la génération et de la lactation ». Fallope (1555) a caractérisé l'habitus heredo syphilitique, Ambroise Paré (1561) a écrit au chapitre XXXIII sur la grosse vérole qui survient aux petits enfants : « Souvent on voit sortir les petits enfants hors du ventre de leur mère ayant cette maladie et tôt après avoir plusieurs pustules sur le corps ». Mais il est difficile d'en tirer une conclusion affirmative sur ses idées, car plus loin il dit qu'on ne voit jamais la vérole récidiver du père au fils.

Gervais Uçay en résumant toutes les données acquises depuis cette époque dit : « Il faut supposer que toutes les

manières de contracter la vérole se réduisent à trois : ou bien elle est originaire, c'est-à-dire qu'on l'a contractée dans le ventre de la mère, ou bien on l'a contractée par les rapports sexuels, ou par quelque attouchement extérieur. » Au xvii^e siècle, on s'occupait moins de cette question et on peut seulement noter une mention spéciale due à de Blegny (1673) et à Sydenham (1688), sur l'infection des enfants par la nourrice syphilitique. Au xviii^e siècle, paraît le remarquable ouvrage d'Astruc (1736) : « *De morbis venereis* », où l'auteur ayant indiqué l'influence du père et de la mère dans la transmission de la maladie, admet bien que le virus vérolique contribue à produire le rachitis ainsi que plusieurs autres maladies ; mais il ne peut concéder que ce virus dégénéré soit la cause immédiate et unique de cette maladie. Hunter n'admet pas l'influence héréditaire de la syphilis, et d'après lui la syphilis infantile n'a d'autre source que la contagion. Cette doctrine erronée était partagée par Cooper, Dupuytren et Fricke.

Cuillerier, Notta et Charrier ont soutenu l'opinion que la syphilis héréditaire peut être transmise seulement par la mère malade.

Depuis l'époque de la création de l'hôpital de Vaugirard, destiné aux femmes enceintes syphilitiques, cette question fut plus spécialement étudiée par Doublet, Mahon et Bertin. A partir de ce moment les recherches se multiplient et au xix^e siècle, on peut citer un grand nombre d'auteurs qui ont étudié cette question : Ricord, Depaul, Trousseau, Caseaux, Gubler, Desruelles, Roger, Charrier, Langlebet, Mireur, Gailleton, Violet, Profeta, Baërensprung, Mayr, Auspitz, Zeissel, Caspary, Forster, Levin, Macdonald, Hutchinson, Taylor, Ollivier, Ranvier, Cornil, Lancereaux, Pellisari, Tafani, Parrot, et

nous arrivons à la période actuelle, où les maîtres les plus expérimentés tels que Diday et A. Fournier et tant d'autres, ont nettement démontré l'hérédité syphilitique.

Etiologie

L'hérédité syphilitique peut être transmise ou par les deux géniteurs en état de syphilis ou par un seul, soit la mère, soit le père syphilitique. L'influence combinée du père et de la mère syphilitiques est bien établie pour tout le monde par des milliers d'observations. Mais si dans ce cas l'infection de l'enfant est extrêmement probable, elle n'est cependant pas toujours fatale.

Paul Diday (1), un des premiers, s'est élevé contre une conclusion aussi absolue : « Il faut, dit-il, tenir grand compte des conditions où se trouvent chacun des parents ; de l'ancienneté de leur vérole, de la façon dont ils l'ont traitée, de la force de leur constitution. »

L'influence nocive de la mère est aussi bien démontrée et admise par tout le monde. La mère peut être infectée, ou avant la conception, ou pendant le cours de la grossesse. Dans le premier cas, la transmission est d'autant plus fatale que l'époque d'infection est rapprochée du début de la grossesse.

Dans le deuxième cas suivant Ricord (2), si l'infection de la mère a lieu dans les trois derniers mois de la gestation, il n'est pas sûr que la transmission soit possible.

Pour M. Cullerier (3), la syphilis peut se transmettre

1. « Traité de la syphilis des nouveau-nés », p. 50.

2. Hérédité de la syphilis, *Gaz. des Hôpitaux*, 1846, p. 13.

3. Cité par Blaise, Thèse d'agrégation 1883.

de la mère à l'enfant à toutes les périodes de la grossesse. Pour Blaise le maximum de fréquence de la transmission syphilitique est entre le 3^e et le 7^e mois de la grossesse. Les observations de Hutchinson (cité par Jullien) et Chaballier (1), montrent que la transmission peut se faire même en cas de l'infection pendant les trois derniers mois. On a discuté longtemps sur le mécanisme de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant : l'enfant peut devenir syphilitique ou par l'ovule contenant le germe de la maladie, ou par la voie placentaire. Diday croit que l'ovule peut contenir le germe morbide pour transmettre la maladie. Mandron (1835), Baërensprung et Kassowitz (1875) (cités par Blaise) (2), ont nié le mode de transmission par la voie placentaire.

Les observations cliniques nous montrent que la syphilis acquise par l'enfant après la conception est plus bénigne (3). Casenave, pour séparer cette catégorie de la syphilis héréditaire des autres, avait proposé de lui donner le nom de syphilis congénitale.

Mais cette transmission de la maladie n'est pas aussi absolue et la science possède des observations où la femme seule syphilitique a mis au monde des enfants sains.

M. Jullien (4) raconte qu'il soigne le fils, récemment infecté, d'une femme syphilitique : « j'ai vu, dit-il, cette femme à Lourcine dans le service de M. le professeur Fournier en 1874. Elle était atteinte d'une syphilis dont j'ai pu constater les manifestations incessantes depuis 24

1. Transmission de la syphilis de la mère à l'enfant au 8^e mois de la grossesse, *Gaz. Méd. de Lyon*, 1867, p. 252.

2. « Etat actuel de la sc. sur l'hérédité syphilitique », Thèse d'agrégation, 1883.

3. *Loc. cit.*, p. 74.

4. *France Médicale*, 1898 p. 138.

ans. Or, elle a un fils de 21 ans que je n'ai pas cessé de suivre et d'observer et qui a contracté un chancre syphilitique il y a deux ans ».

L'influence du père a été longtemps discutée par beaucoup d'auteurs. Elle a été d'abord admise par les anciens syphilographes puis dans une époque voisine de la nôtre, cette influence morbide a été niée complètement par des auteurs comme : Vassal (1807), Bouchut (1852), Cuillier (1854). Depuis cette époque ont paru de nombreux travaux sur cette question et les cliniciens tels que Trousseau, Diday, Huchinson et M. le professeur Fournier ont bien établi l'influence paternelle. Par ses nombreuses observations personnelles le professeur Fournier est arrivé à la conclusion suivante : « que l'influence hérédosyphilitique du père se traduit bien plus souvent par la mort de l'enfant que par la transmission de la syphilis à l'enfant ». Mais, si cette hérédité paternelle est bien établie, une autre chose aussi est démontrée : c'est qu'un homme atteint de syphilis non contagieuse peut, par l'intermédiaire de fœtus, infecter sa femme : ce qu'on appelle *la syphilis conceptionnelle*. Dans ce cas le chancre fait défaut et la maladie débute par les accidents secondaires. Un fœtus infecté « *in utero* » par son père au lieu de transmettre à sa mère un virus actif, peut ne lui transmettre qu'un virus atténué conférant l'immunité de telle sorte, que la femme devient réfractaire à une nouvelle infection sans présenter des signes de syphilis. Telle est *la loi de Colles et de Baumès*.

Si l'hérédité syphilitique paternelle est bien démontrée, néanmoins dit le professeur Fournier (1), nombreux sont

1. « Hérédité syphilitique », p. 68-69.

les cas où cette influence morbide ne se manifeste pas, et où des sujets non guéris de leur syphilis peuvent avoir des enfants non entachés de syphilis ». L'éminent professeur parmi 35 cas de cet ordre cite l'observation suivante : « Un de mes clients syphilitique depuis une dizaine d'années, se marie et devient père de six enfants. Ces six enfants, je n'ai cessé de les avoir sous les yeux depuis leur naissance j'ai assisté à leurs moindres indispositions et je suis autorisé à les déclarer tous absolument sains. Leur mère non plus n'a jamais présenté le moindre symptôme suspect. Or, cet homme a été affecté : 1° après la naissance de son troisième enfant d'une syphilide tuberculeuse du thorax ; 2° après la naissance de son cinquième enfant d'une gomme palatine ». M. le Dr Le Pileur (1) a soigné un jeune homme fils du vérolé qui était venu lui demander ses soins pour un chancre syphilitique.

M. le Dr Jullien (2) rapporte un cas semblable, d'ailleurs observé par les autres praticiens.

En faisant le parallèle entre ces trois hérédités, nous voyons que la plus nocive c'est l'hérédité mixte et la moins nocive, quoique la plus fréquente, c'est l'hérédité paternelle. M. le professeur Fournier d'après ses nombreuses observations personnelles sur 500 cas est arrivé à la statistique suivante :

Hérédité paternelle (exclusive).	37 0/0
Hérédité maternelle (exclusive).	84 0/0
Hérédité mixte.	92 0/0

Deux facteurs jouent un rôle capital pour atténuer cette

1. Syph. acquise chez un sujet né du père syph. *Jour. des mal. cut. et syph.*, 1897.

2. *France Méd.*, 1897, p. 138.

influence morbide : le temps et le traitement. Le maximum de nocivité correspond aux trois premières années de l'infection, puis graduellement le virus en vieillissant diminue sa nocivité quelquefois même jusqu'à son atténuation complète et cette loi de décroissance est admise aujourd'hui universellement (Blaise) (1).

Le traitement convenablement dirigé réduit à zéro cette puissance de transmission. L'homme et la femme se comportant d'ailleurs à cet égard de la même façon, on conçoit qu'un traitement spécifique suivi par les deux procréateurs puisse annihiler complètement ou temporairement leur influence nocive et leur permettre de procréer des enfants sains (Blaise) (2).

Mais, malgré le temps et le traitement, cette possibilité de transmission morbide persiste quelquefois longtemps et certains auteurs affirment même que les hérédo-syphilitiques peuvent engendrer des enfants syphilitiques, ce qu'on appelle la *transmission à la seconde génération*.

Admise en principe par MM. Fournier, Lannelongue, Besnier, Jullien, et tant d'autres, cette transmission héréditaire n'a pas été bien démontrée par les observations cliniques.

On a bien publié un certain nombre d'observations tendant à l'établir; mais comme dit M. le professeur Fournier, « aucune de ces observations n'est à l'abri de légitimes critiques ».

Citons une observation communiquée en 1898, par le docteur Stremgowsky au Recueil d'Ophtalmologie.

1. Etat actuel de la sc. sur l'hér. syph, Th. d'agrégation, 1883, p. 85.

2. *Loc. cit.*, p. 77.

Voici le résumé :

Il s'agit d'un enfant de 10 ans.

Son père, n'ayant aucune trace de syphilis acquise, présentait les dents d'Hutchinson, l'aplatissement du nez, l'affaiblissement de l'ouïe et la choréïdite aréolaire, fréquemment observée dans la syphilis héréditaire. Il avait épousé une femme bien portante. Cet homme se souvient que son défunt père avait la syphilis et était soigné par les frictions mercurielles.

En examinant le petit malade, l'auteur constata la dégénérescence pigmentaire congénitale de la rétine et astigmatisme des deux yeux ; puis quelque temps après, une kératite parenchymateuse double accompagnée d'iritis. Au bout de 75 frictions mercurielles pendant 5 mois, guérison.

M. le docteur Barthélemy dans sa communication *Para-heredo syphilis de la seconde génération* (Congrès de Moscou 1897), dit que s'il n'a pas observé d'accidents syphilitiques vrais, purs directs, à proprement parler dans la deuxième génération, il a néanmoins observé des troubles de nutrition, de croissance, de conformation.

M. Edmond Fournier (1) dans sa thèse inaugurale cite plusieurs observations de M. le docteur Barthélemy, de MM. les professeurs Fournier, Pinard et tant d'autres où cette hérédité dans la seconde génération se traduit soit par les dystrophies diverses et arrêt de développement, soit par les avortements et la non-viabilité des enfants.

1. Stigmates dystrophiques de l'héréd.-syphilis, Thèse de Paris, 1898, p 329.

Les manifestations de la syphilis héréditaire sont indéfiniment nombreuses et variées et M. le professeur Fournier dans son excellent ouvrage *Hérédité syphilitique*, les range en cinq groupes :

- 1° Accidents de syphilis proprement dits ;
- 2° Cachexie foetale aboutissant d'une façon ou d'une autre à ce qu'appelle M. le professeur Fournier l'aptitude à la vie ;
- 3° Troubles dystrophiques généraux ou partiels ;
- 4° Malformations congénitales ;
- 5° Prédispositions morbides.

Suivant l'évolution chronologique de la syphilis héréditaire, M. Fournier distingue trois ordres de cas :

- 1° Tantôt l'infection syphilitique se traduit *avant* la naissance *in utero* ce qu'on a appelé la syphilis foetale ;
- 2° Tantôt et bien plus habituellement la syphilis ne se manifeste que quelques semaines ou quelques mois après la naissance ;
- 3° Tantôt latente pendant les premières années de la vie, la syphilis n'entre en évolution apparente qu'après 3 ans, 5 ans, 10 ans, 15 ans, 20 ans, voire même plus tard.

D'après la classification adoptée par M. le professeur Fournier, on peut dire que les accidents morbides de la syphilis héréditaire précoce peuvent survenir dès les premiers jours de la vie jusqu'à l'âge de 2 ans, et à partir de cet âge leur apparition sera tardive.

Ajoutons avec M. le docteur Jaquet⁽¹⁾ que ces limites entre la syphilis héréditaire précoce et tardive sont purement arbitraires et il n'existe aucune ligne de démarcation entre elles.

Passons maintenant à la description des manifestations

1. *Gaz. des Hôpitaux*, Paris, 1889, p. 521.

précoces de la syphilis héréditaire puisque cette question est le sujet de notre thèse.

Des Avortements

Une des manifestations les plus précoces de cette influence nocive de la syphilis héréditaire c'est l'avortement ou l'accouchement prématuré de fœtus, souvent mort et macéré.

En ce cas, pour beaucoup d'auteurs, la syphilis de la mère joue un rôle prépondérant, mais la fréquence des avortements qu'elle détermine est difficile à fixer d'une manière précise et les statistiques des divers auteurs offrent entre elles des divergences assez marquées.

La proportion des accouchements avant terme chez les femmes syphilitiques sont :

Pour P. Diday 11/18, Stoltz 67 0/0, Ruge 83,5, Weber 20 0/0, Kassowitz 47 0/0, A. Fournier 46 0/0, Le Pileur (Lourcine) 36 0/0, Blaise 33,6 0/0, Krykus 26 0/0.

Moyenne 45,1 0/0.

Mais comme l'a justement remarqué M. le docteur Richard d'Aulnay (1), cette statistique est bien inférieure à ce qu'elle est réellement, parce que les fausses couches de quelques semaines passent souvent inaperçues et, en cas de la syphilis des parents ignorée par le médecin on n'a pas songé à faire de la syphilis la cause réelle de ces avortements.

M. Blaise dit qu'il faut tenir compte de l'âge de diathèse, et si le traitement a été appliqué ou non ; car la statisti-

1, Archives de Tocol. et de Gynéc., 1894, p. 84.

que sera différente selon ces deux conditions. Pour Diday comme pour Kassowitz, l'avortement répond au maximum de puissance du virus. La première année d'infection des parents est « une année terrible », dit M. le professeur Fournier, car le virus tue le produit de la conception dans une proportion « formidable ».

L'époque à laquelle l'avortement se produit le plus souvent est la suivante d'après les différents auteurs :

Bertin	entre	5-6-7	mois
Bouchut	—	5-6-7	—
Parrot	—	7-8	—
Weber	—	7-8	—
Ruge	—	7	—
Richard d'Aulnay,	hérédité paternelle	3-4	—
—	—	maternelle	5-6-7 —

Quelles sont les causes qui provoquent l'avortement ou l'accouchement prématuré d'enfants morts et macérés ?

Pour expliquer ces accidents trois ordres de lésions ont été invoquées par les différents auteurs : 1° les lésions de la mère ; 2° du fœtus ; 3° des annexes.

On a accusé des manifestations diverses du côté de l'utérus. Une sensibilité singulière que les femmes vérolées ont dans le col de la matrice (Gardane). Puis la leucorrhée, la névralgie utérine, l'intoxication du sang qui détermine ces contractions prématurées de l'utérus.

Pour Blaise la syphilis agit comme l'intoxication saturnine ; elle trouble la santé générale de la mère et exerce une action directe sur le fœtus.

La syphilis produit chez le fœtus dans l'utérus des lésions souvent graves qui peuvent produire sa mort et

provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Mais pour expliquer les lésions du fœtus il faut aller plus loin : examiner le placenta et les lésions du placenta peuvent dans beaucoup de cas éclairer sur la mort du fœtus *in utero*.

Lésions du placenta

Soupçonnées par Trousseau (1) les lésions du placenta étaient décrites pour la première fois d'une manière scientifique, par M. Virchow (2). L'éminent professeur allemand admet deux formes d'endométrite vénérienne : la forme diffuse ou déciduale proprement dite et la forme placentaire ou gommeuse. Dans la forme diffuse l'endométrite produit des épaissements et des indurations fibreuses, qui déterminent l'atrophie des villosités. Dans la forme placentaire ou gommeuse, on observe de véritables tumeurs noueuses, partant du placenta maternel, pénétrant plus ou moins profondément dans le placenta fœtal et ayant la structure de véritables gommès. Depuis Virchow ont paru les nombreux ouvrages des auteurs tels que : Baërensprung, Wilkes, Rokitansky, Slavjansky, d'Oedmansson, Hennig, Charpentier et tant d'autres, où on a décrit successivement des lésions extrêmement multiples, dans le placenta des femmes syphilitiques et en 1873 fut publié l'important travail de Fraenkel (3), où l'auteur, d'après un examen histologique des 16 cas pathologiques, est arrivé aux conclusions suivantes :

1. Cité dans *Dict. Encycl. des sc. méd.*, 3^e série. t. XIV, p. 573. Syphilis congenitale.

2. Virchow, « Path. des tumeurs », t. II, p. 241, 547-472.

3. Fraenkel, *Arch. f. Gynak*, 1873, t. V. uber Placentar syphilis.

1° Il existe un placenta syphilitique et ce placenta présente des caractères spéciaux.

2° Le placenta syphilitique ne se rencontre que dans les cas de syphilis fœtal héréditaire ou congénitale.

3° Le siège de la lésion varie selon que la mère reste saine et que le virus du père est transporté directement sur l'œuf par le sperme où selon que la mère est également malade.

A) Dans le premier cas, si le placenta s'altère — ce qui n'est pas indispensable — ce sont toujours les villosités de sa partie fœtale qui dégèrent et sont atteintes par la lésion.

B) Dans le second cas, quand la mère est infectée, trois cas peuvent se présenter : *a)* La mère est infectée pendant l'acte de la génération en même temps que le fœtus ; alors, à côté d'une syphilis diffuse des villosités placentaires, il peut se développer des lésions dans la partie maternelle du placenta. *b)* La mère est infectée avant la conception, ou peu de temps après : le placenta a autant de chance de rester sain que d'être malade et dans ce dernier cas on observe l'endométrite gommeuse de Virchow. *c)* La mère est infectée dans les derniers mois de la grossesse et si le père est sain, le fœtus et le placenta sont indemnes. Deux ans plus tard parut l'ouvrage de Macdonald, (1875) où l'auteur arrive aux mêmes conclusions que Fraenkel. Mais ces lésions décrites par Fraenkel et Macdonald n'ont pas été admises sans discussion par les accoucheurs. En Angleterre des auteurs tels que Lawson-Tait, Goschler, Leale, Strassmann ont protesté contre la tendance à la généralisation des D^{rs} Fraenkel et Macdonald. Et en France aussi quelques auteurs mirent en doute l'existence des lésions spécifiques du placenta dans la sy-

philis. M. le Professeur Tarnier à l'occasion d'une discussion qui eut lieu le 5 août 1879 à l'Académie de médecine à Paris, au sujet d'un placenta syphilitique présenté par Hervieux (1), dit que, après avoir examiné au moins cinquante placentas de femmes syphilitiques, il n'a jamais découvert aucune lésion caractéristique de la vérole. M. de Sinety (2) ayant examiné un grand nombre de placentas chez des femmes syphilitiques, n'a pas dans tous les cas constaté de lésions ; mais que lorsque le placenta était malade, les altérations ont toujours été les mêmes, c'est-à-dire : l'hypertrophie des villosités, la dégénérescence fibreuse, les îlots caséeux.

Duchamp, dans sa thèse d'agrégation de 1880, sur les « Altérations des villosités choriales » est arrivé à la conclusion suivante : Dans l'état actuel de la science, il est impossible de reconnaître une lésion placentaire caractéristique de la syphilis. Ce n'est pas à dire que la syphilis ne puisse produire des lésions du côté du placenta ; on sait, en effet, quelle est sa puissance abortive. Mais tant que l'on n'aura pas démontré une altération placentaire qui ne se retrouve pas malgré de nombreuses recherches, en dehors de la syphilis, on ne pourra pas conclure à des lésions spécifiques du placenta ».

Godinho (3) en 1891, dans sa thèse sur la syphilis conceptionnelle, décrit comme lésion primitive et essentielle du placenta l'artérite syphilitique des vaisseaux des villosités à laquelle succède la sclérose périartérielle entraînant à la longue l'atrophie des villosités.

Pinard, Ribemont Dessaignes et Lepage insistent beau-

1. Hervieux, *Arch. de Tocol.*, 1879, p. 513.

2. *Arch. de Tocol.*, 1878, p. 60.

3. Godinho, *Th. de Paris*, 1891.

coup sur l'hypertrophie placentaire dans la syphilis.

Et Correa-Dias (1), dans sa thèse sur l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis, décrit que le placenta syphilitique est très volumineux, très hypertrophié, pâle, mou et friable, et que cette hypertrophie est presque un signe pathognomonique de l'existence de la syphilis chez la mère.

Enfin nous arrivons à la thèse bien documentée et toute récente de M. Schwab (1896) sur la syphilis du placenta. Dans son ouvrage basé sur quinze observations avec examen histologique, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : qu'il existe un placenta syphilitique ayant des caractères spéciaux.

Le placenta syphilitique est très hypertrophié, pâle, mou et friable ; au lieu du poids normal $1/6$ du poids du fœtus, il pèse un quart du poids d'un fœtus syphilitique à terme et un tiers du poids d'un fœtus âgé de 7 mois à 8 mois $1/2$.

Les altérations microscopiques consistent dans une endo-périartérite et une endo-périphlébite plus ou moins généralisées aux vaisseaux des villosités choriales qui sont déformées et hypertrophiées. Le stroma des villosités est altéré par une infiltration embryonnaire souvent considérable.

Il n'a jamais rencontré de gommes macroscopiques dans le placenta maternel, mais parfois il y décelait des formations gommeuses microscopiques.

Les altérations des membranes et du cordon au cours de la syphilis placentaire sont aussi décrites par quelques auteurs.

1. Carrea Dias, Th. de Paris, 1891.

Vallois (1) a signalé une dégénérescence fibreuse de l'amnios et un état fibreux du cordon.

Bar et Tissier (2) ont publié une observation de périartérite généralisée probablement syphilitique chez un fœtus.

Schwab (3) dans sa thèse a noté aussi l'épaississement de la membrane choréi et endo-périartérite de ses vaisseaux. Il a trouvé aussi dans quelques cas infiltration embryonnaire du cordon et lésions de ses vaisseaux.

Après avoir exposé brièvement les opinions des différents auteurs sur les lésions syphilitiques du placenta, tâchons de faire un résumé :

1° La question de la syphilis placentaire est loin d'être résolue.

A coté des auteurs qui admettent les lésions syphilitiques du placenta, il y en a d'autres qui hésitent à reconnaître la spécificité de ces lésions.

2° Dans le cas où le placenta a des lésions syphilitiques il est hypertrophié, volumineux, pâle œdémateux. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

3° L'augmentation placentaire partant sur le poids et le volume est due à l'hypertrophie des villosités choriales par une infiltration embryonnaire abondante.

4° Histologiquement des auteurs tels que Fraenkel, Macdonald, de Sinety, Valois, Schwab sont d'accord que cette hypertrophie des villosités est produite par la prolifération cellulaire. Mais pour Fraenkel, le *processus* morbide commence par prolifération cellulaire du stroma villeux et aboutit à l'oblitération des vaisseaux des villosités,

1. Etude de la syphilis chez la femme enceinte. Thèse de Nancy, 1883.

2. Société obst. de Paris, 1893, 13 juin.

3. Thèse de Paris, 1896.

tandis que des recherches plus récentes montrent que l'endo-périartérite des vaisseaux des villosités choriales est le point de départ des lésions syphilitiques du placenta (Shawb).

Hydramnios

Disons quelques mots d'une complication pathologique de la grossesse pouvant servir quelquefois à soupçonner la syphilis fœtale, cette complication est l'hydramnios. Parmi ses causes multiples et parfois obscures, on a accusé dans quelques cas la syphilis.

Burns, en 1839, avait observé que la syphilis peut produire dans quelques cas l'hydramnios.

Dans ses leçons cliniques sur la syphilis chez la femme, M. le professeur Fournier écrit : « J'ai vu quatre fois l'hydramnios compliqué des grossesses survenues chez des femmes syphilitiques à la période secondaire. N'est-ce là qu'une coïncidence, ou bien l'hydramnios est-il un accident qui puisse dériver de la syphilis » ?

M. Bar (1) dans sa thèse faite sur ce sujet raconte que cette complication de la grossesse est rare à certaines périodes de l'évolution de la diathèse syphilitique : « De toutes les causes capables de produire des troubles de la circulation dans la veine ombilicale et par suite l'hydramnios, la syphilis viscérale est la plus fréquente ». Le pronostic d'hydramnios par rapport au fœtus est très grave. « Quand nous voyons, dit Bar, une femme syphilitique être atteinte d'hydramnios pendant la grossesse, nous devons porter un pronostic défavorable pour l'enfant, surtout si nous voyons cette complication se développer

1. Thèse de Paris, 1881.

rapidement vers le 4^e, 5^e ou 6^e mois, c'est-à-dire au moment où les lésions viscérales du fœtus sont le plus souvent en pleine évolution.

Lésions cutanées

Les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire précoce sont extrêmement multiples, et comme a dit M. le professeur Parrot, « d'une étude très difficile ». On croyait autrefois que ces manifestations existaient le plus souvent au moment de la naissance, ou apparaissaient quelques heures après. Mais maintenant, d'après l'autorisation d'un grand nombre de praticiens, il faut admettre que les manifestations vraiment congénitales sont rares et même exceptionnelles. Les cliniciens les plus expérimentés tels que Trousseau et Lasèque, Huguier, Cullerier, Bertin, Diday, Bouchut et tant d'autres d'après leur longue pratique médicale ont relaté très peu d'observations concernant cette apparition hâtive des syphilides cutanées. Il faut faire exception pour le pemphigus.

Femphigus ou syphilide bulleuse (Parrot) a été le sujet de nombreuses discussions.

Il a été décrit pour la première fois par Osiander (1), en 1794, puis par Krauss (2), en 1834, sous le nom de *pemphigus neonatorum*, mais ces auteurs ne le font pas dépendre de la syphilis.

C'est seulement en 1821 que M. Dugès affirme d'une

1. Desruelles, Manifestations de la syphilis cong. Th. de Paris, 1852.

2. Casenave, « Traité des syphilides », p. 275.

façon nette la nature spécifique de cette lésion en disant que toute vésicule qui suit le développement d'une tache rouge ou violacée aux pieds ou aux mains, est presque certainement syphilitique et que le pemphigus neonatorum noté autrefois, n'est autre chose que le pemphigus syphilitique.

Pour Dubois, Depaul, Casenave, Huguier, Em. Vidal, le caractère syphilitique de l'accident n'est pas douteux ; au contraire, Trousseau Lasègue, Caseaux, Cullerier, Diday, Cerasi soutiennent que cette maladie est le résultat d'une altération profonde de la nutrition et qu'à ce titre la vérole peut le produire non comme syphilide, mais en tant que la manifestation cachectique.

Roger, Ollivier, Ranvier, Jullien (1) et tant d'autres distinguent nettement le pemphigus simple, affection rare, fébrile ou non, quelquefois épidémique qui survient peu après la naissance, le plus souvent vers le troisième mois, du pemphigus spécifique chez les fœtus mort-nés, existant dans le sein de la mère ou survenant dans les quinze premiers jours, et ayant pour siège d'élection les surfaces plantaires et palmaires.

D'après la description des différents auteurs : Casenave, Desruelles, Parrot, Jullien, Sevestre, le pemphigus syphilitique consiste dans la présence des bulles presque circulaires de dimensions 2 ou 3 millimètres, jusqu'à 1/2 centimètre, entourées d'une zone rouge vive. Ordinairement isolées et disséminées, quelquefois confluentes, elles forment alors de grosses bulles dont les contours ne sont pas circulaires, mais irrégulièrement convexes.

Ces bulles sont remplies d'un liquide séreux puis puru-

1. « Traité des mal. vénér. », p. 1099.

lent et dans certains cas sanguinolent (Sevestre) (1). Lorsque l'épiderme s'est déchiré, on trouve au-dessous des ulcérations à fond rougeâtre et sanieux, ordinairement peu profondes ; dans d'autres cas le liquide se résorbe en partie et le reste se concrète en une croûte brunâtre (Sevestre). Cette perte de substance aux bords enchâssés par la rupture de l'épiderme au fond rouge, livide, d'apparence bourgeonnante, quelquefois blanchâtre comme une fausse membrane, est encore un signe distinctif précieux du pemphigus syphilitique (Jullien) (2) et qui n'appartient jamais au pemphigus simple (Casenave) (3).

Son siège de prédilection est à la paume des mains et à la plante des pieds. Mais l'éruption peut se montrer aussi à la face dorsale des doigts et des orteils, à la partie inférieure de la jambe, beaucoup plus rarement sur d'autres parties du corps et à la face (Sevestre). On ne l'a jamais rencontré aux parties génitales (Desruelles) (4).

Labat (5), a relaté un cas où l'enfant né d'une mère syphilitique avait le pemphigus congénital généralisé sur tout le corps, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds.

Parrot a fait remarquer que plus on s'éloigne du siège de prédilection des bulles, moins le caractère de l'éruption est tranché, de même aussi, plus la date d'apparition de l'éruption est éloignée de la naissance, moins le type est net. Relativement à l'époque de son apparition, cette forme de pemphigus est très souvent congénitale ; mais

1. *Progrès Méd.*, 1888, p. 469.

2. « *Traité des mal. vénér.* », p. 1100.

3. « *Traité de syphilides* », p. 275.

4. Thèse de Paris, 1852.

5. *An. de Derm. et syph.*, 1881, p. 127.

elle peut survenir après la naissance. M. Dubois, Stoltz, Depaul l'ont vue se manifester quelques heures ou plusieurs jours après la naissance. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, l'éruption ne s'est montrée que le septième jour (Stamm), le quinzième jours (Held), à la fin du deuxième mois (Ollivier), dans la dixième semaine (Parrot), cinquième semaine (Comby). Il faut distinguer ce pemphigus syphilitique du pemphigus simple, décrit sous le nom du pemphigus aigu des nouveau-nés, et des nourrissons qui est une maladie contagieuse.

« Cliniquement, dit M. E. Besnier (1), le pemphigus contagieux des nouveau-nés se caractérise par le développement avec ou sans fièvre et peu de jours après la naissance, sur des enfants bien portants et vigoureux, des bulles qui peuvent être solitaires ou très nombreuses, isolées les unes des autres, précédées, entourées ou s'entourant secondairement de rougeur érythémateuse pouvant avoir leur siège sur tous les points du tégument cutané, y compris le cuir chevelu, mais ne semblant jamais affecter la paume des mains ni la plante des pieds, non plus que les muqueuses ordinairement. Leur contenu est transparent, grisâtre ou citrin plus communément ; elles évoluent par poussées comme le pemphigus vulgaire ou les varicelles à éruptions multiples ». On peut observer ce pemphigus aigu avec tous ces caractères chez les enfants de tout âge depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte (Comby) (2).

Letulle (3) a décrit une variété de pemphigus syphilitique qu'il appelait : « le pseudo-pemphigus syphilitique ».

1. Besnier et Homolle, Soc. med. des hop., 1874, p. 234.

2 « Traité des mal. de l'enfance », Grancher, Marfan, t. V, p. 267.

3. *France Médicale*, 1879, p. 634.

Il existe parfois chez le fœtus une éruption bulleuse ou pemphigoïde, se rattachant uniquement au soulèvement du sebum et de la couche cornée par lambeaux au-dessus de syphilides maculeuses. Ce pemphigus accidentel occupe de préférence les régions respectées habituellement par les syphilides bulleuses. Le liquide contenu dans les bulles ou dans les phlyctènes ainsi formées n'est nullement purulent et la surface de la peau mise à nu n'est point ulcérée.

Le pronostic du vrai pemphigus syphilitique doit être considéré comme d'une exceptionnelle gravité.

Il n'y a rien de fixe dans l'ordre de l'apparition des autres accidents cutanés ; les uns apparaissent plus tôt, les autres plus tard, quelquefois tous ensemble.

Cependant, selon les différents auteurs, on peut fixer une époque pour le plus grands nombre de cas : du premier au troisième mois et plus particulièrement entre la deuxième et la sixième semaines. Ces manifestations cutanées sont les suivantes :

Syphilides érythémateuses décrites par quelques auteurs sous le nom de roséole (Trousseau), syphilides maculeuses (Parrot).

D'après Trousseau la roséole est habituellement la première eruption qui se manifeste chez le nouveau-né ; elle se développe rapidement et disparaît de même. J. Simon (1) décrit la roséole comme une éruption d'une durée éphémère de 24 à 36 heures, ce qui explique, ajoute-t-il « comment elle échappe souvent à l'observation des parents et du médecin ». Pour Parrot, roséole et syphilide maculeuse sont des synonymes. Il la décrit constituée par des taches sans saillie qui presque toujours disparaissent

1. « Conférences ther. et chim. sur les mal. des enfants », 1880, t. I, p. 297.

sous l'influence de la moindre pression. Sans éclat, leur teinte varie du saumon foncé légèrement jaunâtre ou rouge sombre ou violacé. La syphilide maculeuse évolue lentement et par poussées successives de durée au moins d'une septenaire. Dans quelques cas, au lieu de disparaître peu à peu, elle se métamorphose partiellement du moins en une autre syphilide (1). Selon M. le Dr Sevestre (2), la roséole peut être de nature diverse, et il distingue plusieurs variétés de cette éruption ; les unes sont des éruptions banales, les autres sont spécifiques, souvent très rapides dans leur évolution. M. Comby (3) relate seulement un cas de roséole chez une petite fille hérédosyphilitique.

Parmi les auteurs qui admettent dans la syphilis héréditaire l'existence de la roséole, la plupart la considèrent comme très rare et même exceptionnelle.

M. Jacquet (4) déclare n'avoir vu la roséole aussi typique que chez l'adulte. On la rencontre sur la face, le cou, à la paume des mains où sa présence est un signe caractéristique d'infection (Jullien (5)).

M. Sevestre décrit à part une autre variété de syphilide érythémateuse : c'est la syphilide maculeuse. Pour lui, c'est la forme la plus superficielle des éruptions de la syphilis héréditaire. « Elle apparaît non pas d'emblée et tout d'un coup, mais par poussées successives, de sorte que l'on peut voir, les unes à côté des autres, des taches d'âge différent. Ces taches sont arrondies et présentent une lar-

1. *Progrès Méd.*, 1878, p. 333.

2. *Loc. cit.*

3. « *Traité des maladies de l'enf.* » Grancher, Comby, Marfan, p. 214.

4. *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 521.

5. « *Traité des mal. vénér.* », 1096.

geur variable ; la coloration au début est tantôt foncée et parfois si pâle qu'on a peine à les distinguer. Au début, ces taches s'effacent généralement sous la pression du doigt ; plus tard, elles deviennent plus ou moins brunâtres et ne disparaissent pas sous cette pression. Siégeant d'abord sur les membres inférieurs, elle se montrent plus tard à la face, spécialement au voisinage du menton et au cou, enfin sur le tronc, mais elles y sont toujours plus discrètes et plus tardives. Il faut au moins 7 jours pour leur évolution complète : Une fois développée, l'éruption persiste pendant plusieurs semaines. La syphilide maculeuse lorsqu'elle est bien caractérisée, ne ressemble à aucune autre éruption et dans les cas où l'éruption est récente, formée de taches roses ou rouges, on peut la confondre par exemple avec une roséole simple telle qu'on en voit parfois chez les nouveaux-nés ; mais cette roséole simple est d'emblée généralisée, formée de taches plus abondantes, plus cohérentes et plus rouges et disparaît rapidement sans laisser de traces » (1).

Parrot fait le diagnostic différentiel de ces deux types : roséole et syphilide maculeuse décrit par lui ensemble avec la roseole vaccinale et l'érythème simple.

La roséole vaccinale se montre du 3^e au 18^e jour de la vaccination. Partielle et limitée aux membres supérieurs, elle consiste en de larges taches rosées ou rouges disparaissant sous la pression du doigt, l'éruption est très éphémère.

L'existence de pustules vaccinales, la prédilection très marquée des taches pour les membres supérieurs, leur coloration uniforme, leur éruption simultanée, telles sont

1. *Progrès Médical*, 1889.

les particularités qui permettront toujours de distinguer la roséole vaccinale de l'érythème qui détermine la syphilis héréditaire.

L'érythème simple de l'athrepsie est presque toujours localisé à certaines parties des membres inférieurs, d'ailleurs à son début il est constitué par de petites vésicules et non pas par de simples taches (Parrot).

Mais il existe une variété d'érythème simple, non vésiculeux, décrit par Moussous (1). Dans ce cas l'épiderme rouge cerise, paraît tuméfié, œdémateux, chaud, lisse et luisant, comme vernissé et souvent compliqué par quelques fissures, quelques excoriations suintantes et douloureuses, surtout aux plis (Jacquet).

Les syphilides érythémato-papuleuses polymorphes (JACQUET). — On en a décrit plusieurs variétés : syphilide en plaque, syphilide lenticulaire (Parrot), syphilide papulo-érosive, syphilide papuleuse.

D'après beaucoup d'auteurs, cette éruption est la plus commune des syphilides cutanées du nouveau-né. Son siège est partout, mais avec une prédominance marquée pour les fesses, la région anale, les grandes lèvres, les bourses, l'orifice buccal.

Quand elles siègent sur la peau, ces éruptions se présentent sous la forme de papules arrondies, lenticulaires, de couleur jambon, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, présentant parfois une légère desquamation. Sur la face elles sont souvent recouvertes de squames ou de croûtes (Comby). Ici leur siège de prédilection est : le pourtour des orifices nasal et buccal, la glabelle, le menton. Sur la lèvre inférieure et le menton elles ont souvent une

1. « Traité des mal. de l'enf. », Grancher, Comby, Marfan, t. V., p. 462.

couleur spéciale que l'on peut comparer à celle de l'abricot : sur le front elles sont rugueuses et prennent un aspect lichénoïde (Parrot).

Sur les organes génitaux et particulièrement sur le scrotum, ces papules sont très saillantes et peu nombreuses ; sur les membres supérieurs et sur le tronc, elles manquent le plus souvent, ou sont en très petit nombre (Sevestre).

Chez les enfants cachectiques les papules font une faible saillie, leur contour est peu net, leur coloration est généralement terne, d'un gris jaunâtre, rose pâle à la périphérie (Sevestre).

Plaques muqueuses. — Sous l'influence de certaines irritations les papules deviennent humides secrétantes en même temps et constituent ce qu'on appelle chez l'adulte les plaques muqueuses.

Pour Parrot les plaques muqueuses sont rares chez les nouveaux-nés et leur fréquence croît avec l'âge.

Elles sont le plus souvent dans les points où la peau se trouve habituellement en contact avec elle-même : pli interfessier, sillon génito-crural, les espaces interdigitaux, ombilic, aisselles (les plaques de Legendre, syphilides papulo-érosives de Fournier), sillon mentolabial et nasolabial. Sevestre insiste beaucoup dans la description de la plaque auriculaire dans la partie antéro-supérieur de sillon qui sépare le crâne du pavillon de l'oreille. Le conduit auditif externe peut être aussi le siège des plaques muqueuses. Autour de l'anus les syphilides en plaques présentent souvent une disposition radiée en cocarde (Natalis Guillot).

Syphilides acnéiformes. — Cette variété de la syphide papuleuse décrite par M. Jacquet (1) est constituée par une

1. *Gaz. des hôp.*, 1884, p. 521.

agglomération des vastes nappes plus ou moins épaisses et saillantes où la lésion élémentaire perd de sa netteté.

Syphilides érythémateuses desquamatives. -- Synonymes : érythème squameux de Gailleton, Madier Champvermeil et E. Diday et faux psoriasis syphilitique de Trousseau, Lasègue et Roger.

MM. Sevestre et Jacquet acceptent avec réserve cette manifestation spécifique, car ils l'ont vu chez les enfants indemnes de la syphilis.

D'après MM. Gailleton, Madier Champvermeil et Jacquet, cette éruption à sa première période se présente sous forme d'un érythème diffus, d'un rose vif ou clair, constitué par des plaques, tantôt de la largeur d'une pièce de 5 francs, tantôt occupant en nappe un membre ou un segment de membre. Ses sièges d'élection sont la paume de la main, le cou, qu'il embrasse à la façon d'un collier, surtout les fesses, la face postérieure des cuisses et des jambes, les plantes des pieds. C'est le premier degré. Le second degré est celui de l'érythème squameux : la couleur devient plus foncée, rouge cuivrée, la peau s'épaissit et ses couches superficielles desquament. Cette desquamation débute ordinairement par les plis de la main, les talons et les malléoles, le cou. Les squames en ces points deviennent épaisses, blanches et sèches. Au bout de quelques jours, elles se soulèvent en bloc, par larges placards, laissant à nu une surface rouge, sèche, comme vernissée. Tantôt les surfaces érythémateuses mises à nu se recouvrent lentement de nouvelles squames ; tantôt, au contraire, particulièrement aux fesses, aux cuisses et aux jambes, il se produit une desquamation incessante, analogue à celle de l'eczéma sec et au pityriasis rubra. On ne voit jamais ni sécrétion, ni suintement ; jamais le linge

n'est mouillé ni empesé ; la peau est épaissie, rugueuse, mais toujours sèche. Ces éruptions persistent souvent pendant plusieurs semaines ; elles coïncident en général avec d'autres accidents spécifiques et s'observent surtout chez les enfants forts et vigoureux. Dans quelques cas, sur les surfaces enflammées, apparaissent des bulles, généralement petites, et transparentes.

M. Gastou, qui a emprunté dans son ouvrage cette description à M. Jacquet, ajoute « qu'elle correspond exactement aux faits, qu'il a étudié, faits rares et utiles à connaître pour le diagnostic ». D'après M. Gastou cette affection est une véritable syphilide érythémateuse exfoliatrice ; son aspect jambonné, sa symétrie éruptive, son masque facial avec macules étalées périorbitaires, péri-narinales, péri-labiales et montonnrières sont des caractères propres à la syphilis.

« Il faut y joindre, dit-il également, l'aspect de la desquamation à larges lambeaux et surtout la saillie jambonnée polycyclique des bords nettement arrêtés, véritable signe de frontière ».

Syphilides gommeuses. — Signalées par Bertin, Bassereau, Cazenave, Diday comme des lésions rares, les gommes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané étaient décrites par Parrot et Sevestre comme des affections assez communes.

Parrot donne la description suivante à ce processus morbide : « ce sont des petites masses indolentes, dures, de la grosseur d'un grain de chenevis ou d'une cerise. Au début elles sont mobiles sous la peau, mais elles ne tardent pas à lui adhérer et à l'engager dans leur processus. Il existe alors une saillie violacée et si on comprime la tumeur entre les doigts, on voit apparaître au centre une tache

d'un blanc jaunâtre due à l'amincissement de la peau qui laisse voir par transparence la matière ramollie de la tumeur ».

On les rencontre sur la peau des fesses, des cuisses et des jambes en arrière et en dehors. Parrot dit n'en avoir jamais vu à la face, ni aux membres supérieurs. Sevestre en a vu souvent sur le tronc et aussi dans le cuir chevelu mais rarement aux mains et aux pieds. Tantôt isolées, elles sont dans d'autres cas au nombre de 12-15 disséminées, sur toute la surface cutanée. D'après Parrot, c'est dans les deux derniers tiers de la première année qu'elles sont le plus fréquentes. Sevestre les a observées dès les premiers mois, soit seules soit coïncidant ou après les autres éruptions.

Chez les enfants, habituellement, elles ont une évolution plus rapide que chez les adultes (Fournier). Elles peuvent se résoudre sans suppurer ou s'ouvrir, et après la guérison, généralement rapide, laisser à leur place une cicatrice circulaire, indélébile. La description de ces cicatrices des gommes sous-cutanées a été tracée de la façon la plus nette par M. Parrot dans ses leçons sur la syphilis héréditaire :

« On voit ces cicatrices sous la forme d'une ligne ou d'un point blanc au centre d'une dépression d'autant plus marquée que le mal est plus récent, et d'une teinte violacée qui disparaît avec une grande lenteur. A partir de quatre ou cinq ans, ces cicatrices, qui se sont amoindries peu à peu, ont de très petites dimensions, mais elles gardent toujours un aspect et une topographie qui leur sont propres, et qui en font un des stigmates les plus certains de la syphilis héréditaire » :

Syphilides ulcéreuses. — Ces lésions sont considérées

par beaucoup d'auteurs comme une complication qui se développe sur une autre lésion (bulle de pemphigus, plaque muqueuse, etc.). D'après P. Diday, les ulcérations ne s'observent que dans les véroles fortes. « La cause principale de leur apparition est l'état général grave du sujet. »

Les ulcérations observées dans ces cas sont d'ailleurs généralement superficielles, dit Parrot « et lorsqu'on voit le travail destructif s'attaquer aux parties profondes, il faut soupçonner la tuberculose ».

Pour Diday, Parrot, Sevestre et Jacquet, cette variété elle-même ne possède aucun élément positif pour le diagnostic.

Onyxis et péri-onyxis syphilitiques. — Parrot, Sevestre, Comby, trouvent que ces lésions n'ont aucun caractère spécifique et peuvent être produites par les causes banales. L'onyxis serait la conséquence fréquente de l'érythème squameux. L'ongle perd sa transparence, son poli et se couvre de stries longitudinales, puis se détache et fait place à un ongle nouveau. Le *péri-onyxis* ulcéreux vrai est une syphilide siégeant au niveau de la matrice unguéale et analogue à ce qui existe chez l'adulte (Gastou) (1).

Alopécie. — Cette alopécie est rarement totale ; elle est souvent limitée aux régions postéro-latérales (Parrot) et fronto-pariétales (Diday) (2).

1. « Traité des mal. de l'enf. », Grancher, Comby, Marfan, t. III, p. 726.

2. *Loc. cit.*, t. I., p. 729.

Lésions des muqueuses

Coryza. — L'un des signes les plus communs et les plus précoces de la syphilis héréditaire c'est le coryza. Il est exceptionnel qu'il existe au moment de la naissance, c'est le plus souvent dans le cours de la deuxième ou de la troisième semaine seulement qu'il apparaît, quelquefois plus tard, vers le deuxième, le troisième, ou même le quatrième mois (Boulay) (1).

Son début quelquefois est aigu, comme dans le coryza simple; mais le plus souvent, il s'installe insidieusement.

L'enfant commence à rendre tantôt par une, mais habituellement par les deux narines une matière qui, d'abord limpide et comme séreuse, ne tarde pas à devenir purulente. A cause du gonflement de la muqueuse et de la formation sur elle des croûtes plus ou moins épaisses, arrive un enchifrènement, une gêne de la respiration nasale avec toutes ses conséquences graves pour l'alimentation et même pour la respiration qui peut être tellement gênée que l'enfant est exposé aux dangers imminents de l'asphyxie (Martinez y Sanchez). Il faut tenir compte des accidents de spasme-glottique, de stridulisme absolument semblables à ceux qui appartiennent à la seconde enfance (Ripault) (2).

La durée du coryza spécifique est excessivement longue. L'écoulement, au commencement séreux et muqueux, devient purulent et quelquefois sanieux et provoque une irritation autour du nez et de la lèvre supérieure suivie par les fissures recouvertes de croûtes brunâtres.

1. « Traité des mal. de l'enf. », t. III., p. 796.

2. Ripault, *Th. de Paris*, 1895, p. 9.

A l'examen au petit spéculum on trouve la rougeur et l'épaississement très marqués de la pituitaire, surtout prononcé sur les cornets inférieurs ; l'interstice reste libre et rempli des mucosités grises ou jaunâtres (1).

Pour Martinez y Sanchez (2), cette inflammation de la pituitaire finit souvent par l'ulcération et même par les lésions des os du nez et l'expulsion de leurs fragments. Selon lui, le processus peut aller soit vers le voile du palais, soit vers le pharynx.

Pour Ripault, et pour Casacca (3), les ulcérations de la muqueuse pituitaire sont fort rares de même que les lésions osseuses et cartilagineuses.

Sevestre signale dans le coryza intense le rétrécissement des narines vers l'intérieur comme un des signes caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Diagnostic. — Pour Boulay et Vest, tout coryza qui persiste plus de huit jours chez un nourrisson doit être tenu pour suspect même en l'absence d'autres signes de syphilis, car il peut être, au moins pour le moment, l'unique manifestation de la syphilis héréditaire, surtout s'il est accompagné d'un écoulement séreux ou séro-sanguinolent.

Tandis que le coryza aigu simple des nouveaux-nés, guérit en quelques jours.

Lésions des lèvres et de la bouche.

Ce sont des manifestations où le diagnostic précoce a un intérêt de haute importance. Étant méconnues elles

1. *Loc. cit.*

2. Thèse de Paris, 1855.

3. Thèse de Paris, 1898.

peuvent produire non seulement la contamination de la nourrice, mais aussi bien de l'entourage de l'enfant. Sur les lèvres les lésions se présentent sous la forme de fissures, de simples érosions ou de plaques.

Les fissures, également connues sous le nom de rhagades, sont les plus fréquentes (Parrot). Elles se présentent sous trois aspects : commissurales, médianes et dispersées (Sevestre). Parrot (1) les décrit de la façon la plus nette et nous empruntons sa description : « Leur siège est surtout la lèvre supérieure. Leur nombre et leur profondeur sont très variables.

Leur fond est rouge, parfois jaune-abricot, sanguinolent. Souvent elles sont couvertes de concrétions qui les masquent et dont la teinte et la consistance sont très variables.

Quand on les comprime entre deux doigts, on constate une induration très manifeste et dont la valeur au point de vue du diagnostic est incontestable. Elles laissent toujours à leur suite des cicatrices qui, d'abord violacées, finissent par devenir blanchâtres ». D'après Parrot, les plaques muqueuses siègent exclusivement aux commissures labiales. Elles sont en général d'un petit volume, ce qui rend difficile leur examen.

Les lésions de la cavité buccale sont des ulcérations et des plaques en relief. Les premières, de beaucoup les plus fréquentes, très rares sur la voûte palatine, sont au contraire communes sur la langue, les gencives et sur le bord libre du voile du palais. Les plaques muqueuses affectent à peu près exclusivement la langue (Parrot). Trousseau en aurait vu sur les piliers du voile du palais.

1. « Leçons sur la syph. héréd. » et Rachitis, p. 46.

Comby ne les a jamais observées dans l'arrière bouche. M. Jacquet a vu assez fréquemment chez les enfants hérédosyphilitiques au niveau des gencives sur la partie antérieure de la langue et la voûte palatine des petits ulcères de forme très variable arrondis ou ovalaires ou encore de forme irrégulière. Ces ulcères sont ordinairement tapissés d'une sorte de pulpe gris-sale ou blanc jaunâtre. Pour lui, comme pour Sevestre, ils sont très suspects.

Les auteurs italiens, Paletta (1) et Monteggia, ont décrit une lésion connue sous le nom de pustule au palais et à la langue, comme un des signes le plus affirmatif de la syphilis héréditaire. P. Parrot et E. Diday ont considéré cette lésion comme un indice de l'athrepsie, maladie très fréquente dans le premier âge.

Les lésions gommeuses du voile palatin sont rares, même exceptionnelles, chez les enfants en bas âge. Notons ici le cas de la perforation du palais chez un nourrisson, observé par le Dr Von Genzer (2).

Il s'agit d'un enfant âgé de trois mois qui, au moment de sa naissance, ne présentait aucune lésion. Depuis environ trois semaines, il existait chez l'enfant un écoulement du nez et depuis une quinzaine de jours, un exanthème sur la face; puis, quelques temps après, on aperçut un aplatissement du nez et une perforation du palais. L'auteur ajoute que, dans la science, des faits semblables sont si rares qu'il n'a pu trouver dans la littérature que deux cas pareils — l'un observé par Steffin, l'autre par Neuman.

Le Dr Dujardin a observé aussi une perforation du voile palatin.

1. *An. de derm. et syph.*, 1870-71, p. 294.

2. *An. de derm. et syph.*, 1895, p. 688.

Nous citerons plus loin cette observation.

Desquamation épithéliale marginée de la langue (Sevestre), glossite exfoliatrice marginée (Fournier), syphilide desquamative de la langue (Parrot).

D'après M. Sevestre, cette lésion se caractérise par la formation des plaques épithéliales circonscrites par un liséré un peu saillant sur la face dorsale en un point quelconque de la langue. C'est au centre de la plaque épithéliale que se fait la desquamation ; mais aussitôt commencée, elle se propage rapidement dans un sens et s'étend aussi excentriquement. D'après Parrot cette altération est absolument caractéristique dans la syphilis héréditaire. Pour Sevestre et Guinon c'est une lésion banale qui peut seulement coïncider avec la syphilis. Guinon (1) cite plusieurs cas où cette altération de la langue fut observée au cours des maladies aiguës : rougeole, scarlatine, etc.

Lésions du larynx

« Les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire sont beaucoup plus communes dans le jeune âge qu'on ne le croit généralement », dit le professeur Fournier (2).

Pour John Mackenzie, elles constituent l'un des phénomènes les plus constants et les plus caractéristiques de cette maladie, et sur 76 cas de ce genre, il en a rencontré 53 au cours de la première année, dont 43 dans les six premiers mois, 17 dans le premier mois et 4 dans la première semaine, après la naissance. Monti, cité par Sevestre

1. *Rev. Mens. des mal. de l'enf.*, 1887, p. 385.

2. « Syphilis héréditaire tardive », p. 407.

a observé 2 cas dans lesquels les lésions se seraient développées pendant la vie intra-utérine.

Comme les symptômes cliniques de cette affection on a noté : les altérations de la voix, la toux quelquefois par accès et les troubles de la respiration.

D'après West (1), la voix s'altère et prend un ton rauque tout particulier que l'on a comparé au son d'une trompette d'enfant. P. et E. Diday (2), ont signalé la raucité de la voix et de la toux.

Trousseau et Lasègue (3), disent que les accidents laryngés peuvent survenir comme une complication du coryza syphilitique. Alors, dans ce cas la voix s'altère, elle devient rauque, sourde, presque nulle, comme dans le croup, la respiration est sifflante, lorsque l'enfant veut crier, la dyspnée s'exagère et arrive presque à la suffocation.

La marche des accidents est habituellement lente et insidieuse (Botey) (4) ; mais qu'on s'en défie, chez les tous jeunes enfants en particulier, il peut survenir brusquement quelque poussée aiguë (périchondrite, œdème), mettant la vie en danger immédiat. Les lésions siègent surtout au niveau de l'orifice supérieur du vestibule laryngien. Atteinte de périchondrite, l'épiglotte s'épaissit dans sa totalité ou présente des renflements nodulaires au niveau de son bord libre et de sa face linguale surtout.

Plus tard ces nodules peuvent s'ulcérer et l'on observe une, deux, rarement trois ulcérations profondes, taillées à pic (Ripault) (5).

1. Leçons sur les mal. des enf., trad. 2 ed., 407.

2. *Dict. Dechambre*. Art. syp., t. XIV, p. 3-99.

3. *Arch. de Médecine*, 1847.

4. Cité dans la *Thèse de Ripault*, Paris, 1896.

5. *Loc. cit.*

Les affections laryngées du premier âge sont graves, même presque fatales, disent les cliniciens tels que MM. Fournier, Mackenzie. Mais, ajoute l'éminent professeur Fournier, leur gravité augmente à cause des reliquats qu'elles laissent le plus souvent : ce sont les cicatrices, les brides, les sténoses et l'état d'hypertrophie fibroïde ou de sclérose en nappe de la muqueuse ; de sorte que certains sujets hérédosyphilitiques meurent dans un âge plus ou moins avancé par le fait de lésion dont ils sont guéris.

Observation de M. le docteur Archambault, cité par M. le docteur Sevestre (1).

Accidents laryngés simulant le croup chez un enfant atteint de syphilis héréditaire

Un enfant de 15 mois, ayant eu à différentes époques des symptômes positifs de syphilis héréditaire (le père et la mère étant d'ailleurs tous deux syphilitiques), présenta des accidents d'obstruction laryngée, avec tirage et accès d'oppression ; l'absence de fausses membranes dans la gorge et la connaissance des antécédents avaient donné à penser qu'il pouvait s'agir d'une affection syphilitique ; en effet à la suite de frictions mercurielles, il y eut une amélioration très rapide. Malheureusement au bout de quelques jours, probablement par suite d'une négligence dans le traitement, le petit malade fut repris d'accès d'oppression et mourut dans l'un de ces accès.

1. *Progrès Méd.*, 1889, p. 369.

Observation de M. le docteur Sevestre (résumée) (1).

*Syphilis héréditaire, altération de la voix et de la toux ;
dyspnée paroxystique avec tirage, amélioration à la suite
du traitement mercuriel, mort par broncho-pneumonie
et diarrhée verte.*

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 mois entré à l'hôpital St-Antoine (1884, 30 oct.), avec les symptômes du croup.

Au dire de sa mère, l'enfant, depuis 5 semaines, commençait à présenter une certaine raucité de la voix et de la toux et dans les derniers jours une oppression paroxystique. En l'examinant l'auteur émit l'hypothèse du croup et même se prépara en cas d'aggravation à la trachéotomie. Mais le lendemain voyant l'état du malade stationnaire et se rappelant le cas d'Archambault, il posa le diagnostic de la syphilis du larynx. En effet, malgré l'absence de renseignements sur les parents, il constata sur le pourtour de l'anus 3 petites cicatrices et sur les bourses quelques petites plaques ulcérées. Sous l'influence du traitement mercuriel, l'amélioration fut rapide pendant les 3 jours. Mais bientôt l'état général s'aggrava et l'enfant mourut le 10 novembre avec les symptômes de broncho-pneumonie.

Autopsie. — Ulcération de la corde vocale inférieure du côté droit. Les poumons sont garnis de petites granulations comme des grains de semoule et vers le sommet gauche se trouve une masse jaunâtre ayant tous les caractères d'une gomme. La rate est grosse et parsemée par les

1. *Progrès Méd.* 1889, p. 389.

petits grains de semoule. On en trouve également dans le foie et les reins de petites tumeurs arrondies du volume d'un petit pois facilement énucléables.

Observation (résumée) de M. le professeur Dieulafoy, cité par M. le Dr Sevestre (1).

Troubles laryngés avec accès de suffocation chez un enfant syphilitique. Traitement mercuriel : guérison.

Je fus appelé en consultation par le Dr Bonin pour un enfant de 13 mois malade depuis une quinzaine de jours. Les premiers accidents avaient ressemblé à l'attaque de laryngite striduleuse ; puis l'enfant était devenu aphone et, par moments, ses cris étaient rauques, bizarres. A l'examen, rien dans la gorge : on craignait le croup. Cependant les commémoratifs montrèrent que l'enfant avait eu à l'âge de 3 mois, pendant 6 semaines, un coryza avec écoulement saigneux, purulent, parfois sanguinolent. Le père avoua la syphilis contractée 5 ans auparavant. La liqueur de Van Swieten fut prescrite à la dose 1 à 2 grammes par jour. Trois jours après les accidents se calmèrent et l'enfant guérit.

Lésions pulmonaires

Décrites pour la première fois en 1853 (2) par Depaul, les altérations pulmonaires furent le sujet des travaux remarquables de Virchow, Cornil, Lancereaux, Lebert, Robin,

1. *Mem. de l'Académie de Médecine*, 1853, p. 518.

2. *Progrès Méd.*, 1889.

Vagner, Fournier, Ranvier, Forster, Mollière, Parrot, Balzer et tant d'autres.

D'après les différents auteurs, ces lésions sont beaucoup plus fréquentes dans la syphilis héréditaire précoce que tardive.

Ces lésions décrites sous le nom de pneumonie blanche (Virchow) ou broncho-pneumonie (Balzer, Homolle). Les autres auteurs ont nommé : pneumonie interstitielle, pneumonie lobulaire ou même pneumopathie.

Suivant la localisation prédominante sur les bronches ou sur le parenchyme pulmonaire, Balzer (1) en distingue trois variétés : Voici le résumé de sa description.

1^o Broncho-pneumonies récentes ou peu intenses avec congestion pulmonaire. Les poumons présentent la couleur violette ou hortensia signalée par Parrot et par la plupart des auteurs. C'est la splénisation.

2^o Broncho-pneumonies à noyaux disséminés ou agglomérés (forme pseudo-lobaire). Ici les altérations évidemment récentes, comparables à celles des broncho-pneumonies subaiguës avec particularités : d'épaississement des cloisons conjonctives périlobulaires et de la plèvre, d'épaississement, parfois considérables, des parois alvéolaires et vasculaires, la congestion et la dilatation des vaisseaux.

3^o Broncho-pneumonie avec hépatisation blanche, sans dilatation des bronches correspondant à la carnisation des autres broncho-pneumonies. Cette hépatisation pseudo-lobaire ou en noyaux disséminés peut aboutir à la dégénérescence fibro-casseuse. La lésion présente une coloration grise, rose ou mieux rose saumon (Parrot). Ce dernier caractère, joint à l'intégrité relative des ganglions bron-

1. *Rev. mens. des mal. d'enfance*, 1886, p. 485.

chiques, est pour Parrot, Paul et Em. Diday, Balzer l'un des meilleurs signes différentiels.

L'auteur ajoute que la syphilis produit telle ou telle variété de broncho-pneumonie qui, par son caractère et son évolution, se rapproche singulièrement des broncho-pneumonies des maladies infectieuses. La tendance à l'organisation scléreuse rapide, les altérations des vaisseaux, l'intensité moindre des lésions épithéliales, etc., suffisent à lui donner une physionomie spéciale.

Mais comme a remarqué M. Parrot, les lésions pulmonaires n'ont pas d'histoire clinique. Ou elles tuent le fœtus « *in utero* » et alors ces altérations présentent seulement l'intérêt anatomo-pathologique, ou laissant vivre quelque temps l'enfant, elles présentent les symptômes thoraciques qui n'ont aucun caractère spécial.

Thymus. En 1850 Paul Dubois (1) a communiqué la présence de pus sous forme de foyers disséminés dans le thymus des nouveaux-nés syphilitiques. Weber, Hecker et d'autres ont rapporté des observations semblables. Mais ces observations sont peu nombreuses pour arriver à une conclusion affirmative sur la nature de la lésion. Parrot (2) dit qu'après avoir examiné le thymus dans beaucoup d'autopsies, il n'a pas trouvé un seul cas où cette glande fut atteinte de lésion spécifique.

Lésions du foie.

Les altérations morbides du foie sont les plus fréquentes et les plus précoces parmi les lésions viscérales. Elles

1. *Gaz. Med.*, de Paris, 1850, p. 592.

2. « Leçons sur la syphilis héréditaire », p. 76.

peuvent apparaître soit dans la vie intro-utérine, soit bientôt après la naissance — quelques jours ou quelques mois plus tard — soit tardivement, au bout de quelques années. C'est à Gubler (1847) qu'appartient le mérite d'avoir décrit la première fois ces lésions dans la syphilis héréditaire. Et à partir de cette époque parurent les travaux des autres auteurs sur cette question. D'après Gubler et beaucoup d'autres auteurs, on distingue trois types dans la syphilis héréditaire du foie.

1° Foie silex (de Gubler) atteint d'hépatite interstitielle ;

2° Foie gommeux, caractérisé essentiellement par la présence des gommages ;

3° Une forme mixte.

Tous les auteurs sont d'accord que la première forme est la plus fréquente et la plus précoce ; c'est elle qu'on rencontre presque exclusivement chez le fœtus ; la forme gommeuse est infiniment plus rare, et dans la plupart des cas elle ne se montre qu'après la naissance et le plus souvent du premier au troisième mois, voire plus tard.

Gubler décrit deux grandes variétés du foie silex : dans l'une l'altération pathologique est généralisée ; dans l'autre elle est partielle et cette dernière forme est la plus fréquente.

La description de ces deux variétés d'après Gubler est la suivante :

Dans la première variété le foie est gros, augmenté de volume et présente un aspect globuleux, turgide. La coloration de l'organe est pathognomonique, une couleur jaune, que Gubler a comparé avec certaines pierres à fusil « teinte silex ». Cette teinte qui est uniforme, a une demi-transparence toute spéciale, donnant au paren-

chyme un aspect gras. Elle est répandue sur tout le parenchyme : à la surface, comme à la profondeur.

Le foie est dur, difficile à couper, mais en même temps il est élastique et les doigts, dit Gubler, finissent par le déchirer sans laisser aucune impression à la surface. Gubler insistait encore sur un signe spécial : « En exprimant le tissu du foie après l'avoir incisé il ne s'écoule pas de sang, mais on fait sourdre des surfaces de section une sérosité abondante, limpide, qui se coagule par la chaleur à la manière d'une dissolution albumineuse ».

b. *Lésions partielles*. Dans ce cas les lésions apparaissent par les îlots isolés au milieu d'un parenchyme normal, et le foie présente deux colorations bien distinctes l'une d'un brun rouge assez foncée, qui répond aux parties saines du parenchyme ; l'autre coloration silex typique caractérisée par des taches jaunes, demi-transparentes, inégales et irrégulières. Elles siègent un peu partout, mais de préférence au niveau du bord tranchant, au voisinage du ligament suspenseur, dans le lobe de Spigel. Au milieu de ces taches se trouvent souvent des grains de semoule.

II. *Foie syphilitique* avec la production gommeuse. On en a décrit trois variétés :

a. *Hépatite avec syphilomes* miliaires publiée pour la première fois par Gubler. Cette forme accompagne habituellement la forme silex. « On voit, dit Gubler sur le fond jaune uniforme du foie, un semis plus ou moins clair des grains blancs, opaques, qui rappellent ceux de la farine ou de la semoule. Parfois on peut les apercevoir au travers de la capsule.

Parrot, en complétant sur quelques points la description de Gubler, ajoute « que ces grains forment des groupes

nettement circonscrits, dont le centre est occupé par les plus volumineux et la périphérie par les plus petits. Leur dimension a rarement plus d'un millimètre de diamètre ; les plus petits échappent à l'œil nu, et ne peuvent être découverts qu'à l'aide de grossissements assez forts. Quel que soit leur volume, ils ne font pas de saillie appréciable au toucher ».

b. *Hépatite gommeuse* nodulaire caractérisée par les nodules gommeux, de volume variable. Les plus petits ont la dimension d'une tête d'épingle jusqu'au volume d'un pois. Ils ont une forme arrondie, quelquefois circulaire, et font une légère saillie appréciable au toucher. Leur consistance est ferme ; leur couleur tantôt blanc grisâtre un peu translucide à leur périphérie est opaque au centre, tantôt entièrement jaunâtre. Ils ne sont pas enucléables et leur contour se confond avec le parenchyme ambiant. La consistance et le volume du foie en général ne sont pas modifiés. Cette forme est moins précoce que les syphilomes miliaires et on la trouve plus souvent chez les enfants qui ont vécu quelques mois (Hudelo).

c) *Hépatite avec les tumeurs gommeuses*. — Rare dans la syphilis héréditaire précoce, moins rare dans la syphilis héréditaire tardive. Elle a été étudiée pour la première fois par Dittrich (1) (1850). Ces gommès sont de volume (noix-noisette) et en nombre variable. Leur forme est arrondie, parfois elle est irrégulière avec des contours en général nets. Leur coloration est tantôt jaunâtre (observation Casati cité par Hudelo), tantôt blanchâtre ou grisâtre, d'autrefois rougeâtre (Virchow).

M. Hudelo dans sa thèse inaugurale a décrit 7 types différents dans la syphilis héréditaire hépatique.

Leur description histologique faite par l'auteur d'une manière si nette et si scientifique est la suivante en résumé :

I. *Variété. Congestion capillaire avec stase leucocytaire.*

— L'ordination trabeculaire normale des lobules hépatiques est bien conservée; les noyaux cellulaires se distinguent nettement. Les capillaires sont manifestement dilatés et on voit çà et là des leucocytes s'amasser sur certains points. Le territoire des espaces portes est presque normal.

II. *Variété. Infiltration embryonnaire généralisée.* —

On constate la conservation de l'ordination générale des trabecules hépatiques; entre les travées, on voit les amas des cellules rondes. Les cellules hépatiques sont en général bien conservées; les espaces portes sont élargis par une riche infiltration de noyaux et cette infiltration surtout prédomine autour des vaisseaux de telle manière que les veines portes s'entourent d'un véritable manchon. Leurs parois, infiltrées par les cellules embryonnaires sont épaissies et réduisent la lumière des vaisseaux.

III. *Variété. Les îlots scléreux* limités, d'après leur disposition, se présentent suivant trois types :

Dans le premier type, ils siègent sur le trajet des bandes scléreuses extra-lobulaires, réunissant plusieurs espaces portes voisins. Pour Huledo ces îlots représentent des petits espaces portes scléroseux.

Dans le second type, les îlots siègent en plein parenchyme lobulaire. Il considère également ces îlots, comme les espaces portes scléroseux.

Troisième type : Les îlots scléreux sont nettement isolés au sein de lobules hépatiques où à la périphérie de

ces ilots, l'auteur a trouvé des vestiges nets de cellules hépatiques.

IV. *Variété. Sclérose interstitielle diffuse, induration fibroplastique de Gubler. Syphilome infiltrée de Wagner. Cirrhose mono-cellulaire de Charcot.* — Ici on reconnaît à peine la disposition habituelle du parenchyme hépatique ; le réseau des trabecules hépatiques est rompu, dissocié, fragmenté. On trouve, à côté des cellules normales, les autres atrophiées principalement au voisinage des espaces portes malades.

Les espaces portes paraissent élargis, dilatés d'une part, à cause de la néoformation fibreuse dont ils sont le siège, et d'autre part à cause de tendance extensive de cette sclérose à envahir les lobules ambiants.

Les canaux biliaires et les artères sont normaux. On trouve l'infiltration embryonnaire et la transformation scléreuse des parois des veines portes qui présentent une diminution de la lumière, qui peut aller jusqu'à oblitération complète.

Pour Hudelo, la lésion débute au niveau de l'espace porte et la veine porte est l'agent conducteur de la sclérose.

V. *Variété, grains de semoule de Gubler, syphilomes miliaires de Wagner, gommès miliaires de Virchow.*

Au milieu d'un parenchyme plus ou moins altéré, on voit disséminés, tantôt dans les lobules, tantôt dans les espaces portes les amas microscopiques (première stade) formée en général de 20 à 30 noyaux ronds, un peu ovaires, justaposés, sans tissus interposé. Puis dans le stade plus avancée, ces amas se réunissent et forment les syphilomes miliaires.

VI. *Hépatite nodulaire gommeuse*. — Elle consiste par la présence de nodules de dimension variable, qui n'ont pas de siège bien déterminé.

Leur forme est arrondie, quelquefois polycyclique comme si ces nodules étaient formés par la coalescence de nodules élémentaires plus petits. Leur aspect est variable selon leur âge. Tantôt ils sont en voie de dégénérescence graisseuse ou fibreuse.

VII. *Variété. Tumeurs gommeuses* — Ces tumeurs sont formées par la coalescence des nodules élémentaires. Leur centre opaque, jaunâtre se montre formé des granulations graisseuses des cristaux de cholestérine et acide stéarique.

Quand la lésion est plus avancée on ne reconnaît plus aucun vestige de nodule. A la périphérie de ces tumeurs on trouve une zone fibreuse et dans cette zone on voit de nombreux vaisseaux.

Dans la grande majorité des cas, dit M. Hudelo, les types se mélangent ; on observera donc le plus souvent des formes mixtes, dont le foie silex avec grains de semoule est l'exemple le plus habituel.

La capsule de Glisson est altérée dans ces différentes variétés de lésions syphilitiques du foie. Dans le type du foie silex la lésion consiste le plus souvent en un épaissement marqué et quand le *processus* est plus avancé on voit un exsudât membraniforme ou une myriade de grains d'un blanc sale qui couvre sa surface (Parrot).

Le diagnostic des lésions syphilitiques du foie dans la syphilis héréditaire est souvent fort difficile. Ou l'enfant meurt tout de suite après la naissance sans présenter des signes cliniques, ou s'il reste vivant quelques temps, les symptômes sont fort obscurs.

D'après la description des différents auteurs les symptômes cliniques de cette affection sont les suivants :

Symptômes généraux : l'amaigrissement rapide, le teint terreux de la peau (Trousseau et Lasègue).

Les troubles digestifs : perte d'appétit, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée (Lancereaux, Diday, Jullien). L'abdomen est ballonné, météorisé ; la dilatation des veines tégumentaires de l'abdomen a été signalée par quelques auteurs.

L'augmentation du volume du foie est difficile à constater et on le trouve dans quelques cas assez rares (Sevestre). L'augmentation de volume de la rate a plus de valeur parce qu'elle est plus fréquemment observée et cela surtout dans les premières semaines de la vie, car à partir des 3 premiers mois et surtout du sixième mois cette hypertrophie est exceptionnelle (Parrot).

L'ascite est extrêmement rare (Gubber, Lancereaux). L'ictère admis par certains auteurs est nié par d'autres. Lancereaux, Sevestre, Parrot, et tant d'autres considèrent ce symptôme comme très rare.

Milon, dans sa thèse sur l'ictère des nouveau-nés syphilitiques croit, que si l'ictère d'une part doit être envisagé comme un symptôme de la syphilis hépatique des nouveau-nés, d'autre part, les germes infectieux (*proteus vulgaris* d'Hauser, coli-bacille) peuvent être la cause de ce symptôme.

Le pronostic est bien grave ; mais comme M. Parrot l'a remarqué, il est moins grave que pour la syphilis pulmonaire ou intestinale. Et il y a des cas de guérison complète. Citons sommairement l'observation de M. le Dr Chauffard, qui rapporté un cas semblable.

Observation (résumée) de M. le Dr Chauffard (1),
(hôpital Broussais).

Syphilis héréditaire à forme splénohépatique

Une femme contracta la syphilis au quatrième mois de sa grossesse et le 27 mai 1890, entra dans le service de M. Chauffard. Etant soignée par le mercure et l'iodure de potassium, elle amena à terme sa grossesse et accoucha d'un enfant d'apparence saine. Mais 5 semaines plus tard on s'aperçut de la manifestation de la syphilis héréditaire sous la forme de quelques macules cuivrées sur le tronc, le bas-ventre, les fesses, de rhinite sanieuse, des plaques fissuraires des commissures labiales. Sous l'influence du traitement les syphilides cutanées et muqueuses disparurent, mais l'état général s'aggrava et en examinant le ventre on constata que le foie était énorme et qu'il descendait presque jusqu'à la fosse iliaque droite. Sa surface était lisse et d'une dureté ligneuse. La rate était également très grosse. Le ventre était volumineux, arrondi, douloureux à la palpation surtout sur les flancs ; et un réseau veineux collatéral était très marqué.

Il existait un peu d'ascite, des vomissements fréquents et de la diarrhée. Dès lors, un traitement énergique (1 friction de 2 à 3 gram. et 0,25 d'iodure de potassium par jour) fut administré.

Pendant 5 mois ce traitement fut suivi avec quelques interruptions et on obtint les résultats suivants : le foie et la rate retrocédèrent devinrent moins douloureux et plus souples sous les doigts ; l'ascite et le réseau veineux disparurent ainsi que les troubles digestifs ; l'embonpoint, la

1. *Semaine Médicale*, 1891, 1^{er} juillet.

gaieté, la coloration normale des téguments attestèrent le progrès de la guérison.

Lésions de la rate

Les altérations de la rate sont très fréquentes dans la syphilis héréditaire précoce. Signalée pour la première fois par Baërensprung (1857), cette question fut étudiée par Samuel Gée, Barlow, Zeppel et Parrot. Samuel Gée déclare que l'on rencontre l'altération de la rate dans le quart des cas. Pour Parrot cette altération est constante chez les enfants, n'ayant pas dépassé un mois. La rate tout entière participe généralement à cette altération ; elle est ferme, lisse, parfois adhérente aux organes voisins et souvent elle ne présente d'autres modifications qu'une multiplication de ses éléments (Lancereaux). Elle est augmentée de volume. M. Parrot pour bien démontrer cette augmentation du poids de la rate dans la syphilis héréditaire, avait eu l'idée d'apprécier le poids de la rate à l'état normal, pour les comparer. Voici ces chiffres moyens : chez les enfants de 5 à 10 jours le poids normal = 7 gr. ; chez les enfants de 10 à 20 jours = 9,3 gr. ; de 20 à 30 jours = 8,3 gr. ; chez les nouveau-nés syphilitiques les chiffres moyens de 5 à 10 jours = 38 grammes ; chez les enfants de 10 à 20 jours = 34,18 gr. ; chez un avorton macéré, la rate pesait 33 grammes.

D'après ses recherches, M. Parrot est arrivé à la conclusion que l'augmentation du poids est d'autant plus forte que l'enfant est plus près de la naissance, et à partir de trois mois et surtout de six mois cette hypertrophie est exceptionnelle.

Cette altération de la rate coexiste le plus souvent avec

les affections syphilitiques du foie. Lorsque la guérison a lieu, la rate diminue peu à peu de volume et paraît revenir à son état normal (Lancereaux).

Cette hypertrophie peut persister longtemps, une ou deux années, ce qui est très rare. Comme cas exceptionnels M. Jullien (1), dans son traité, cite une observation rapportée par Tyson, concernant un enfant, chez lequel, vers l'âge de deux ans, la rate offrait un volume tel, qu'elle venait au contact de l'osiliaque et atteignait l'ombilic en avant. Le foie avait ses dimensions normales, les urines ne contenaient plus d'albumine ; la guérison amenée par le mercure fut prompte et si complète que la percussion la plus attentive ne parvenait pas à déceler l'organe splénique.

MM. Humbert et Rendu, ont rapporté des cas des gommes de la rate.

Ces observations nous les citerons plus loin.

Lésions du pancréas, du tube digestif et du péritoine

Pancréas. — Il est rarement lésé chez le fœtus ou chez le nouveau-né hérédosyphilitique (Lancereaux).

On a noté dans un cas la dégénérescence graisseuse (Virchow) (2), dans d'autres cas, l'induration et l'hypertrophie de l'organe (Karl Huber) (3).

Tube digestif. — Eberth, Roth, Oser (cités par Jullien), ont observé les altérations intestinales qu'ils décrivent sous le nom d'entérite syphilitique des nouveau-nés.

1. *Loc. cit.*, p. 1137.

2. Traité des mal. vénér., Jullien.

3. *Loc. cit.*

Elle est caractérisée par les indurations multiples circonscrites de volume variable, le plus souvent arrondies; siégeant au niveau des plaques de Peyer ou des glandes solitaires. La muqueuse qui tapisse ces indurations ou petites tumeurs est tantôt lisse et simplement ardoisée, tantôt plus ou moins profondément ulcérée ou détruite. Cette altération qui peut affecter toutes les couches de la muqueuse intestinale, mais qui se localise plus spécialement à la tunique sous muqueuse, est constituée à la fois par une infiltration des cellules analogues aux cellules lymphatiques et par une formation conjonctive plus ou moins abondante; les villosités correspondantes sont ou hypertrophiées ou détruites.

Baginsky (1), a observé aussi un cas des ulcérations syphilitiques de l'intestin chez un enfant hérédosyphilitique.

MM. Darier et Feillard, dans une observation si bien décrite sur la syphilis gommeuse chez un enfant hérédosyphilitique, ont signalé l'infiltration gommeuse des plaques de Peyer.

D'ailleurs, nous rapporterons plus loin cette observation.

Plusieurs auteurs ont constaté que les enfants hérédosyphilitiques, sont prédisposés à avoir de la diarrhée curable seulement par le traitement spécifique et qui résiste d'une façon opiniâtre contre toutes les autres médications.

Péritonite. — Simpson (2), a décrit plusieurs cas de la péritonite syphilitique héréditaire.

1. *Arch. de Med. et Chir. inf.*, 1898, p. 782.

2. *Gaz. Med.*, de Paris, 1830, p. 395.

Sevestre, en admettant la fréquence relative de la péritonite chez les enfants hérédo-syphilitiques, ajoute que c'est plutôt une complication qu'un symptôme de la syphilis héréditaire.

Suivant son étendue et son intensité, elle se caractérise d'une façon très variable. Dans l'immense majorité des cas, elle est partielle, limitée au voisinage du foie et de la rate, et ne donne lieu à aucun symptôme appréciable (Sevestre).

Mais dans quelques cas rares, elle se généralise : le ventre est douloureux, tendu, dur. La face des enfants exprime une vive souffrance ; ils vomissent des matières bileuses (Parrot).

Lésions des reins.

Les travaux ne sont pas nombreux sur les lésions rénales.

En 1840, Roger, Virchow, Beer, Lancereaux, Klebs, Mollière, ont public quelques rares observations sur les altérations rénales. Puis dans ses leçons cliniques Parrot a bien décrit cette lésion.

Lancereaux sur l'autopsie d'un enfant syphilitique a constaté en même temps que l'altération du foie, une lésion rénale caractérisée par l'épaississement de la trame conjonctive, et une altération granulo-graisseuse des cellules épithéliales, des tubuli. Les reins, assez fermes, étaient remarquables par un teinte jaunâtre, semblable à celle que présente souvent dans les mêmes conditions la surface du foie.

Mollière (1) cite une observation concernant un cas où

1. Cité par M. Jullien, « Traité des mal. vénér. », p. 1138.

l'enfant, après avoir infecté sa nourrice, est mort à l'âge de deux mois, et chez lequel le volume du rein droit était deux fois plus considérable qu'à l'état normale.

Marchifiava (1), ayant retrouvé deux fois les lésions des reins dans la syphilis héréditaire, a publié sur ces cas la note suivante : Le rein est de volume normal. La capsule rénale est épaissie et difficile à détacher. Microscopiquement la substance corticale est de couleur grisâtre, parsemée par des grains blanchâtres qui correspondent par leur siège aux tubes contournés et aux glomérules de Malpighi. L'examen microscopique a montré que la lésion avait son siège dans la substance corticale, son début est autour des artères de la substance corticale : artères interlobulaires et les artères afférents, puis glomérules de Malpighi. On voit, dit-il une infiltration profonde des parois de ces vaisseaux par les éléments cellulaires. Ces parois épaissies diminuent la lumière des vaisseaux et finissent par l'oblitérer complètement. Dans le stade plus avancé, l'artère se présente comme un cordon incolore, hyalin, entouré par une zone prévasculaire. Entre les glomérules de Malpighi normales on en trouve d'autres plus ou moins lésées suivant le processus avancé ou non. Leur épithélium présente une dégénérescence granulo-graisseuse.

La capsule de Bowmann est infiltrée par les cellules rondes. Les glomérules ainsi infiltrés se convertissent en une masse incolore hyaline. Les tubes contournés montrent une altération de l'épithélium.

Pour Marchifiava la dégénérescence amyloïde et les gommes qu'on rencontre quelquefois dans la syphilis acquise sont excessivement rares dans la syphilis héréditaire.

1. *Arch. per. l. sc. med.* t. VIII, 1884.

Maffuci, cité par Marchifava, a décrit dans le rein du fœtus syphilitique l'infiltration cellulaire autour des ramifications artérielles dans la substance corticale ; l'épaississement de la capsule de Bawmann et l'accumulation entre les glomérules des éléments cellulaires polygonales et la nécrose de l'épithélium des tubes contournés.

Pavlov (1) cite cinq cas de lésions rénales qui sont : l'infiltration et l'épaississement de la capsule rénale avec néphrite interstitielle. Pour lui le processus débute par le périartérite des vaisseaux de la substance corticale, par l'infiltration cellulaire de glomérules de Malpighi.

Zeldowitch (2) dans sa thèse sur les lésions rénales dans la syphilis congénitale avait présenté dix observations où les reins étaient altérés. Des dix enfants que l'auteur a examinés, huit sont morts à l'âge de deux à trois mois, et deux ont survécu jusqu'à 7 mois. Chez tous ces enfants on pouvait noter les signes non douteux de la syphilis congénitale et la mort a été probablement déterminée par urémie.

Voici le résultat de ses recherches microscopiques :
1) Dans tous les cas, les reins étaient atteints au même degré que les poumons et le foie. 2) Les reins présentaient les lésions de néphrite interstitielle chronique en foyers. 3) Épaississement considérable de la tunique externe des vaisseaux rénaux avec inflammation périvasculaire intense. 4) Existence des kystes des capsules de Bowman contenant un liquide gélatineux ou albumineux et l'épaississement des capsules de Bowman. 5) Il n'a pas trouvé la

1. *Gaz hospit de Botkine*, 1895, p. 14-17.

2. Lésions rénales dans la syph. hér., Thèse de St-Petersbourg, 1896.

modification de l'épithélium des glomérules, et il existait des altérations secondaires et peu prononcées dans les canalicules.

La capsule rénale était en partie épaissie et infiltrée par places. 6) On n'a pas constaté ni gommes ni dégénérescence amyloïde.

Chiari (1) dans un cas a trouvé des gommes carcifiées dans les reins, d'ailleurs elles étaient disséminées partout : foie, poumon, myocarde.

MM. Haushalter et Richon (2) ont communiqué une observation concernant un enfant hérédosyphilitique âgé de 9 mois ; à l'autopsie duquel ils ont trouvé des gommes aux reins. L'enfant était mort de convulsions.

M. le Dr Comby dans ses recherches de la lithiase rénale chez les enfants du premier âge, après avoir constaté que cette affection est aussi commune à cet âge, relate deux cas de lithiase rénales chez les enfants hérédosyphilitique. Notons ici deux cas d'ectopie rénale également constatés par M. Comby chez les enfants hérédosyphilitiques.

Nous citerons plus loin ces observations.

Observation. — *Nephrite aiguë chez un enfant de 3 mois atteint de syphilis héréditaire par M. Hock* (3).

Ce cas concerne un enfant de 3 mois né d'une mère syphilitique et qui au moment de sa naissance présentait un coryza. A l'âge de 2 mois il survint des papules sur le scrotum et un exanthème sur les membres. L'enfant est soumis à un traitement par emplâtre mercuriel. Quatre

1. *An. de dermat et syph.*, 1895, p. 584.

2. *Arch. de Méd. des enf.*, 1898, p. 732.

3. *An. de dermat. et syph.*, 1895, p. 56.

jours après l'enfant fut amené à l'hôpital et l'auteur constata un psoriasis palmaire et plantaire, papules à l'anus et sur le scrotum. Erythème de la face internes des cuisses et du bas ventre. Papules au comissures bucales. On a fait supprimer l'emplâtre et le remplacer par 0,025 par jour de protoidure de mercure. Quelques jours plus tard l'examen de l'urine montra qu'elle contenait une grande quantité d'albumine, des nombreux cylindres granuleux, des corpuscules rouges du sang et des leucocytes. On supprima le mercure et on donna de la teinture de strophantus. La diurèse augmenta et les œdèmes disparurent. Des nouvelles papules étaient survenues et on prescrivit 0,25 centig. par jour d'iodure de potassium et les syphilitides cédèrent, en même temps la quantité d'albumine diminua et l'enfant se rétablit. L'auteur est disposé à croire qu'il s'agit bien dans ce cas d'une nephrite syphilitique, mais il se demande si le mercure qui a déterminé l'érythème n'a pas contribué à provoquer la nephrite.

Observation. — *Syphilis renale congénitale par Mas-salongo (1) (de Verone).*

Il s'agit d'une petite fille de 6 mois née avant le terme d'une mère syphilitique.

La petite avait des nombreux syphilodermes aux cuisses et aux parties genitales externes. Quelques temps après survinrent des vomissements, de la diarrhée, de l'albuminurie, des oedèmes limités à la face et aux extrémités, des convulsions de la fièvre (maximum 39,5), et du coma ; avec ces phénomènes urémiques la petite mourut et à l'autopsie on a constaté une nephrite interstitielle.

A l'examen histologique outre la sclérose du tissu con-

1. *An. de Dermat et syph.*, 1894, p. 1148.

nectif on aperçoit les artères gravement affectées d'endo-artérite et de périartite ; un gros bourrelet de tissu scléreux entoure la périphérie de l'artère et sur quelques points en déforme la lumière.

L'endothélium est dans diverses parties rugueux, mamelonné et exfolié et quelques artères sont en thrombose

Les artères de la rate et du foie sont malades également mais à un degré beaucoup moindre, avec hyperplasie commençante du stroma connectif.

L'aspect des altérations microscopiques des reins se montre qu'il s'agit de *nephrite interstitielle*.

Observation. — *Hydrophisie des reins*, par M. Bradley (1) (*Brit. Méd. Journ.* Févr. 4, 1871).

Un enfant de quatre mois atteint de la syphilis héréditaire présentait depuis huit jours du psoriasis et un oedème prononcé de la face et des membres supérieurs. L'urine contenait beaucoup d'albumine et des détritux épithéliaux nombreux. L'enfant n'avait jamais présenté l'éruption scarlatiniforme. Après l'emploi du mercure à l'intérieur et à l'extérieur on vit disparaître peu à peu le psoriasis, l'oedème, l'hydropisie et l'albuminurie peut-être produite par la syphilis héréditaire et que dans ce cas elle doit être traitée non par les diurétiques, mais à l'aide du mercure.

Observation I. — *Lithiase rénale chez l'enfant hérédosyphilitique*, par M. le D^r Comby (2).

M... Juliette, née le 13 avril 1897, entrée le 29 mai

1. *Arch. Gén. de Méd.*, 1872, p. 345.

2. *Arch. de Méd. des enfants*, 1899, octobre.

(poids 2 k. 200), morte le 22 juin à deux mois neuf jours (poids 2 k. 320). Le père âgé de vingt-neuf ans, a eu la syphilis en 1891, pour laquelle il a été traité à Saint-Louis pendant deux mois.

Mère âgée de vingt-six ans (8 grossesses, 4 fausses-couches, 2 morts en bas-âge).

La fillette née à terme a été nourrie au biberon à la campagne (un litre de lait par jour). Elle présente du coryza, des fissures aux lèvres, des papules aux fesses. On fait des frictions mercurielles qui font disparaître les manifestations syphilitiques, mais n'empêchent pas la mort.

A l'autopsie estomac petit (80 cc.), atelectasie pulmonaire, foie dur, couleur silex. Nombreux *calculs* gris jaunâtre dans les bassinets.

Observation II. — D... Germaine, entrée à l'hôpital le 9 février 1897, à l'âge de deux mois, pesant 3 kil. 50 gr., morte le 2 mars. Père mort tuberculeux à vingt-quatre ans, il y a dix mois, longtemps avant la naissance de l'enfant.

Mère saine (2 enfants prématurés). Allaitement maternel pendant un mois, puis au biberon. Diarrhée et vomissements. Coryza, érosions des lèvres et des fesses (hérédosyphilis). A l'autopsie faite le 4 mars, on ne trouve pas de tuberculose. L'estomac est très dilaté (220 cc.). Rate pesant 20 grammes avec plérisplénite, *Gros calculs* dans le bassinnet du côté gauche, rien dans la vessie. Broncho-pneumonie.

Observation I par M. le docteur Comby (1). *Fille de trente-trois jours, hérédosyphilitique. Rein mobile.*

1. *Loc. cit.*

2. *Arch. de Méd. des enfants*, 1898, octobre.

Une fillette, née le 28 février 1897, entre à l'hôpital le 1^{er} avril et meurt le 2, à l'âge de trente-trois jours. C'était une enfant pâle, maigre, au teint bistré avec coryza, fissures des lèvres, ulcérations aux fesses, en un mot syphilitique.

Nourrie au sein par sa mère. A l'autopsie faite le 4 avril 1897, nous trouvons un foie rouge-cerise, pesant 178 grammes (poids de l'enfant 2.530 grammes), un thymus de 3 grammes, un cœur de 20 grammes, une rate énorme (27 grammes). L'estomac n'était pas dilaté (80 centimètres cubes). Poids de l'eucéphale 410 grammes, 210 pour le cerveau, 35 pour le cervelet et la protubérance). Les capsules surrénales très grosses, pesaient 3 grammes ensemble. Le rein droit pesait 13 grammes et le gauche 14 grammes. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que les deux reins étaient déplacés et flottant dans l'abdomen. Le rein gauche surtout était porté en avant, et très mobile ; le rein droit l'était un peu moins.

Observation II (1). — *Fille de trois mois hérédosyphilitique. Rein mobile.*

Une fillette, née le 6 janvier 1897, entre le 30 mars à l'hôpital et succombe le 6 avril à l'âge de trois mois. Cette enfant comme la précédente est hérédosyphilitique. Poids à l'entrée : 2.450 grammes.

L'autopsie faite le 8 avril a montré un estomac petit (80 centimètres cubes), une rate grosse (20 grammes), un foie de 145 grammes et des reins estropiés ; le rein droit pesant 15 grammes, flotte librement dans la fosse iliaque ;

1. *Loc. cit.*

le rein gauche, pesant également 15 grammes, présente un déplacement analogue.

Il est évident, ajoute l'auteur que dans ces deux cas l'ectropie rénale était congénitale.

Lésions des capsules surrénales

D'après Parrot, Ranvier, Ollivier, les capsules surrénales quelquefois sont atteintes du processus sclérogène, analogue à celui qui a été décrit pour les autres organes.

Lésions du testicule.

Les altérations du testicule ont été signalées par North, Hennig, Hénock ; puis sous la direction du professeur Parrot leur étude fut reprise par M. Hutinel (1).

Ayant constaté plusieurs fois l'altération du testicule et ayant fait les autopsies dans ces cas M. Hutinel est arrivé aux résultats suivants :

La glande séminale malade atteint rarement chez l'enfant le volume d'un œuf de pigeon ; ordinairement elle a la grosseur d'une noisette et cette hypertrophie porte exclusivement sur la masse testiculaire. Les enveloppes du testicule y compris l'albuginée sont saines dans la plupart des cas. Au début les lésions ne sont pas assez prononcées et échappent à l'œil nu, pour les découvrir il faut faire l'examen microscopique. Ici le processus morbide dit M. Hutinel est le même que dans le foie syphilitique. La lésion est exclusivement périvasculaire. Au début congestion des vaisseaux, autour desquels paraissent

1. *Rev. Mens. de Méd. et de Chir.*, 1878. p. 107.

les cellules embryonnaires par ilots. Puis, quand la lésion est plus avancée, le tissu scléreux envahit tout l'organe.

Presque toujours les altérations affectent une forme diffuse et très rarement on trouve une gomme. M. Hutinel a constaté ces lésions chez les enfants tout jeunes, nés avant terme ; mais le plus souvent, dit-il, cette lésion devient apparente seulement à l'âge de deux mois même plus tard.

Les lésions sont habituellement doubles. L'hypertrophie du testicule, sa dureté et son indolence sont les signes précieux pour diagnostiquer l'orchite syphilitique dit M. Hutinel, car en dehors de cette maladie des lésions du testicule produites par les autres causes sont exceptionnelles à cet âge.

Lésions des ganglions lymphatiques.

Signalées par Lamauve puis par Bertin, Hutchinson cité dans la thèse de Vidal, les altérations des ganglions lymphatiques furent remarquées par Baërensprung, Casati, Campani, Humbert, Feillard, Doyen et tant d'autres.

Parrot trouve que l'adénopathie syphilitique est rare chez les enfants du premier âge. D'après lui les ganglions atteints par ordre de fréquence sont : les inguinaux, axillaires, cervico-maxillaires. Leur volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette. Ils sont durs, mais élastiques, mobiles. Pour expliquer la rareté de cette adénopathie, Parrot admet que les ganglions lymphatiques des enfants très jeunes sont moins appréciables à l'examen. Selon Parrot les adénopathies superficielles sont sous la dépendance des lésions cutanées, et les adé-

nopathies profondes, sous la dépendance des lésions viscérales.

M. Doyen (1) ne partage pas son avis et décrit une forme ganglionnaire dans la syphilis héréditaire. Il a observé des cas des adénopathies généralisées avec hypertrophie de la rate et il rapproche cette forme ganglionnaire dans la syphilis congénitale avec la forme spléno-lymphatique de la leucocythemie. « Le teint pâle et décoloré des nos jeunes syphilitiques, atteints d'adénopathie généralisée, la fréquence des vomissements, de la diarrhée, la tendance aux œdèmes et aux hémorrhagies, l'analogie des lésions histologiques caractérisées dans l'un et l'autre cas par la multiplication des éléments nucléaires de la rate et des ganglions lymphatiques, l'accumulation des leucocytes dans les voies lymphatiques et l'épaississement de leur trame conjonctif, confirme ce rapprochement dans ces deux formes ». « Le pronostic, ajoute-il, est très grave ».

M. Jullien doute de cette forme en disant que ces lésions décrites par M. Doyen dépendraient plutôt de la cachexie.

Lésions du cœur et des vaisseaux sanguins

MM. Rosen, Coupland, Karzow (cités par Jullien), Parrot, Rendu, ont observé des cas des gommès du cœur. Un cas de myocardite fibreuse chez un enfant mort-né syphilitique est rapporté par Wagner (cités par Lanceaux).

Sur les altérations des vaisseaux chez les enfants

1. *Arch. de Méd. génér.*, 1883, p. 679.

hérédo-syphilitiques nous ne pouvons noter que des observations et des mémoires, qui ne sont pas d'ailleurs nombreux.

On ne connaît aucun cas d'artérite hérédo-syphilitique dit Lancereaux. Shüppel (1) a signalé l'existence d'une périphlébite chez des enfants hérédo-syphilitiques, dont le foie était malade et même chez d'autres où le parenchyme de cet organe avait paru sain Wachsmuth (2), a décrit une série d'altérations manifestes des vaisseaux des nouveau-nés syphilitiques et en particulier des vaisseaux ombilicaux.

Birch-Hirschfeld (3), a trouvé du côté des artères et de la veine ombilicale des lésions circonscrites à leur tunique interne. Ces lésions présentaient des couches épaisses des cellules fusiformes ou rondes et en certains points, il y avait comme des traces d'organisation fibreuse. La tunique adventice au niveau des points épaissis se trouvait abondamment parsemée d'éléments lymphoïdes.

Ribemont-Dessaigne (4), rapporte un cas où l'autopsie d'un enfant nouveau-né syphilitique, mort par hémorrhagie du cordon, a relevé une dégénérescence granulo-graisseuse de parois vasculaires.

Emile Schütz (5), en étudiant au microscope les vaisseaux d'un nouveau-né syphilitique, mort après avoir présenté des accidents hémorrhagiques, a constaté que, dans toutes les régions soumises à l'examen, la lumière des artères était très diminuée par suite d'une hypertro-

1. Jullien, « Traité des mal. vénér. », p. 113.

2. Ribemont Dessaignes, Thèse d'agrégation, 1880.

3. *Loc. cit.*

4. Thèse d'agrégation, 1880.

5. Hartmann et Pignot, *An. de dermat. et syph.*, 1886, p. 1.

phie de la tunique interne et surtout par l'épaississement extrême de l'adventice, épaississement dû à la fois à l'hyperplasie de ses couches et à la formation de couches concentriques de cellules jeunes. Au niveau de ces altérations vasculaires se voyaient de petites extravasations sanguines.

Hémorrhagies

Plusieurs auteurs ont rapporté des cas d'hémorrhagies diverses chez les nouveau-nés hérédosyphilitiques. Sur leur étiologie règne une profonde obscurité.

Lancereaux dans quelques cas accuse les lésions du foie. Mais il existe des observations où ces hémorrhagies sont produites sans altérations du foie. Enfin on a cherché à expliquer ces hémorrhagies par les lésions vasculaires, par l'état pathologique du sang, sa fluidité particulière, et encore par l'hypertrophie du cœur, etc.

Baërensprung, Hutchinson, Lancereaux ont observé plusieurs cas d'épanchement sanguin dans les diverses cavités : péricarde, plèvres, méninges. Dans ces cas ils ont noté une altération notable du sang, qui avait l'aspect et la consistance de la gelée de groseille.

Behrend (1), affirme le premier que les hémorrhagies des nouveau-nés syphilitiques ont pour origine leur maladie congénitale. Kassowitz, Deatera, Andronico, Mracek, Smith, Vachmuth (cités par Gottheel) (2), confirment son avis.

Mracek (3) examina 19 cas d'hémorrhagie chez les

1. Deutsche Zelt für prakt med., 1878, n° 25 et 26.

2. The Archives of Pediat, (N. I.), 1898, p. 427-515.

3. Loc. cit.

enfants hérédo-syphilitiques. La mortalité était excessive. La plupart étaient morts *in utero*, quelques-uns avaient vécu plusieurs heures. Tous ces enfants avaient eu des hémorrhagies sous-cutanées, et plusieurs d'entre eux, des hémorrhagies internes. L'auteur constata dans tous ces cas des altérations vasculaires, des lésions des os, du foie et des autres organes. La lésion essentielle des vaisseaux était une artérite, pour lui cause des hémorrhagies.

MM. Hartmann et Pignot (1), ayant admis aussi l'existence d'hémorrhagies diverses dépendant de la syphilis héréditaire, partagent l'opinion de M. Mracek.

M. Pavlow (2), reconnaît l'origine syphilitique de la diathèse hémorrhagique. Selon lui, la cause principale de cette diathèse est l'altération des vaisseaux.

Orlowsky dans sa thèse sur l'étiologie des hémorrhagies des nouveau-nés, cite deux grandes causes qui produisent ces hémorrhagies : la syphilis et l'infection par les microbes pathogènes.

Observation (résumée). — *Archive de médecine des enfants*, 1899, mai, p. 775.

Mort d'un nouveau-né syphilitique par hémorrhagie pleurale et par rupture de la rate avec hémorrhagie dans le péritoine, par M. Paul Bar.

L'enfant né avant terme est mort 7 heures après sa naissance. Pendant cette courte durée d'existence, apparurent les taches ecchymotiques sur la main droite et sur la poitrine, puis sur les cuisses, sur la paroi abdominale. A l'autopsie, faite immédiatement après la mort, on constate : que la cavité péritonéale était remplie de sang.

1. *An. de dermat. et syph.*, 1886, p. 1.

2. *Gaz. Hospit. de Botkine*, 1895, p. 14-17.

Les poumons, surtout celui de droite, étaient parsemés d'ecchymoses.

Il n'y avait pas d'épanchement dans la plèvre gauche, mais la plèvre droite contenait une certaine quantité de sérosité sanguinolente. La capsule de la rate sur la surface externe, en arrière du hile, était largement décollée et on s'aperçut de la rupture de la rate qui paraissait bien être la cause de l'hémorrhagie intra-péritonéale.

L'examen histologique nous démontra dans le poumon un épaississement des cloisons inter-alvéolaires avec de nombreux foyers hémorrhagiques en certains points.

Dans le foie se trouvaient des lésions mixtes, les unes anciennes (sclérose et amas nucléaires), les autres plus récentes, essentiellement hémorrhagiques (ectasie vasculaire). Dans la rate les corpuscules étaient très petites.

Il y avait de la sclérose et par places des foyers hémorrhagiques très étendus. Le cœur n'était pas hypertrophié. Sa surface était parsemée d'ecchymoses.

Observation, par M. Jolly (1).

Purpura hémorrhagique chez un nouveau-né syphilitique ; hémorrhagies gastro-intestinales.

Autopsie, ulcération de l'intestin grêle.

Il s'agit d'un enfant né avant terme d'une femme syphilitique ; cet enfant débile atteint de coryza depuis sa naissance, présenta au 24^e jour des larges plaques ecchymotiques occupant l'abdomen ; le lendemain hématomes et selles noires qui se reproduisent les jours suivants. Mort en 3 jours. A l'autopsie pas d'autres lésions viscérales qu'une ulcération de la partie moyenne de l'intestin grêle, longue de 8 millimèt. et large de 5 mil., assez pro-

1. *An. de Derm. et syph.*, 1895, p. 1369

fonde dont l'examen histologique n'a pas permis de déterminer la nature. .

Observation. — *Journal de clinique et de thérapeutique enfant.*, 1897, p. 151, par M. Koudiche.

Il s'agit d'un enfant né à terme d'une mère syphilitique, vingt-quatre heures après la naissance on constate un suintement sanguin des deux yeux. Il s'écoule du sang pur non mélangé de pus. Deux jours après on constate sur la face de l'enfant un exanthème analogue à la roséole syphilitique et des bulbes de pemphigus sur la plante des pieds et la paume des mains. L'hémorrhagie oculaire n'a pu être arrêtée malgré tous les moyens usités en pareil cas (glace, pansement compressif etc.) et l'enfant a succombé à l'hémorrhagie qui a duré cinq jours. ,

Affections osseuses

Les affections osseuses sont les manifestations les plus constantes et les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire précoce.

Cette question fut l'objet des travaux nombreux de Wagner, Valdeyer, Köbner, Birch-Hirschfeld, Cueniot, Ranvier, Charrin, Poncet, Porack, Taylor, Pellizari et Taffani et tant d'autres. Mais c'est à M. le professeur Parrot que revient le mérite d'avoir jeté la lumière sur cette question (1873). C'est lui qui nous a démontré la préco-cité fréquente de ces affections dans la syphilis héréditaire. Les lésions caractéristiques dans la syphilis héréditaire sont : les lésions des os du crâne et sa déformation, les lésions des os des membres et du tronc. Les altérations du crâne sont fréquentes. Parrot les a trouvées dans 3/4

des cas. Il a décrit 3 formes : 1^o forme ulcéreuse, 2^o osteophytique, 3^o ces deux formes réunies simultanément sur le même sujet. La forme ulcéreuse ou craniotabes se caractérise par un amincissement de l'os qui n'est guère appréciable qu'à l'autopsie. L'origine syphilitique de cette forme est contestée par un bon nombre d'auteurs (Sevestre). La forme osteophytique la plus fréquente se caractérise par les osteophytes généralement symétriques, qui occupent le plus souvent le voisinage des angles péribregmatiques du frontal et des pariétaux et qui donnent un aspect particulier nommé par Parrot « crâne natiforme ». Parrot avec raison a insisté beaucoup sur ce signe. En général cette déformation du crâne est appréciable chez les enfants âgés.

M. le professeur Parrot a insisté aussi sur l'altération du tibia : « La première région sur laquelle le médecin doit immédiatement porter ses recherches quand il soupçonne chez un enfant la syphilis, c'est la face interne du tibia : Là en effet au lieu de cette dépression habituelle qui existe chez tous les individus sains bien conformés, on trouve une véritable tuméfaction osseuse bombée en forme de bosselure. Quelquefois le gonflement existe d'une manière générale et occupe toute l'étendue de la face interne du tibia ; dans d'autres cas exceptionnels, au lieu de cet épaissement général de l'os on constate toute une série de petites saillies, de petites tubérosités séparées les unes des autres par des dépressions. »

Une autre lésion qui, par sa fréquence et sa précocité tient une place importante dans l'histoire de la syphilis héréditaire précoce, c'est *la pseudo-parosie syphilitique* des nouveau-nés. C'est encore à Parrot que revient le mérite d'avoir déterminé la nature syphilitique de cette

affection, aussi a-t-on proposé de la désigner sous le nom de « Maladie de Parrot » (Comby). Après Parrot cette question fut complétée par les travaux de Valdeyer et Koebner, Pellizari et Tafani, Troisieur, Dreufous, Comby, A. Fournier, Zappert, Marcel Labbé, Charrin. Cette affection est décrite sous les différents noms : osteite épiphysaire, décollement épiphysaire, disjonction épiphysaire (Gilbert).

M. Parrot n'a jamais trouvé aucune lésion du système nerveux ou musculaire, mais il constata les décollements des épiphyses des os longs : Il remarqua que parmi les os longs ; sont lésés le plus souvent : fémur, humérus, tibia, cubitus et radius, péroné.

Wegner (1) ayant étudié les lésions chez les foetus ou nouveau-nés, a constaté toujours dans ces cas des altérations au niveau du point où la diaphyse osseuse fait place au cartilage épiphysaire.

L'auteur distingue histologiquement trois stades dans la marche de la maladie. Le processus pathologique est caractérisé par une prolifération exubérante des cellules du cartilage au niveau de la limite de l'épiphyse, puis par une infiltration calcaire immédiate et une sclérose du tissu de nouvelle formation. Plus tard même ce tissu prend les caractères du tissu ostéoïde sans toutefois présenter la néoformation vasculaire — de là sans doute la métamorphose regressive rapide du tissu de nouvelle formation. Les cellules emprisonnées dans la substance fondamentale ostéoïde subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et l'on voit alors se produire une inflammation qui se termine par la séparation complète de l'épiphyse des os longs.

1. *Archives de Médecine*, 1872, p 345. Trad. par M. Spilman.

La lésion essentielle, constante est une fracture et son siège, selon M. le Dr Sevestre n'est pas à la réunion de la diaphyse avec l'épiphyse mais plus bas, là où commence le tissu osseux.

Pathogénie : deux théories :

1^o Théorie nerveuse, soutenue par les médecins allemands : Renter, Pollak, Zappert.

2^o Théorie basée sur les lésions osseuses, soutenue par M. Parrot et admise par le grand nombre des médecins français.

Zappert (1), ayant examiné en 1898 la moelle d'un enfant nouveau-né atteint de pseudo-paralysie syphilitique du bras droit, constata les signes de dégénérescence des racines antérieures et postérieures de la moelle et des altérations de quelques faisceaux du plexus brachial droit.

Parrot explique la disjonction épiphysaire par la fonte du cartilage de conjugaison.

Le plus souvent cette maladie apparaît pendant les trois premiers mois de la vie. Cliniquement elle se caractérise par impotence du membre lésé.

En général il y peu de déplacement des os fracturés, car la connexion entre les deux parties des os fracturés est assurée par périoste. En examinant le membre inerte on trouve des exostoses autour de la fracture qui semblent former un bourrelet autour de la zone d'ossification (Sevestre).

Les douleurs sont assez vives au niveau du point atteint du membre.

Les muscles ne prennent aucune part à l'affection. Ils

1. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1898, p. 220.

ne sont jamais atrophiés et réagissent toujours aux courants faradiques et galvaniques (Moncorvo) (1).

Le diagnostic de cette maladie est très important au point de vue de pronostic (Comby).

Parrot insiste sur les particularités suivantes : la tuméfaction douloureuse et la crépitation au voisinage des articulations. Deux cas peuvent se présenter :

Le plus souvent l'enfant porteur d'une paralysie unie ou bilatérale parfois généralisée aux quatre membres présente en même temps les stigmates cutanés et muqueux de la syphilis héréditaire — cas facile à diagnostiquer (Comby). Mais il y a des cas où en l'absence de ces symptômes et de renseignements sur les parents on fait le diagnostic sur les seuls caractères cliniques de la pseudo-paralysie. Pour faciliter le diagnostic dans ces cas, M. le Dr Comby indique les particularités suivantes : 1° l'âge de l'enfant, car cette maladie apparaît chez les enfants tout jeunes ; 2° L'absence de traumatisme. 3° Spontanéité de la lésion, qui n'existant pas au moment de la naissance, survient sans fièvre sans convulsions, sans troubles trophiques. « Enfin, il ajoute, qu'il suffit d'explorer les os longs du membre ou des membres paralysés pour constater dans presque tous les cas, tantôt une hyperostose de l'extrémité supérieure ou inférieure de l'humérus, ou du radius ou du cubitus, tantôt un décollement épiphysaire qui s'annonce par la crépitation ».

Le *Pronostic*, suivant Parrot est très grave, presque fatal. Mais depuis ce temps plusieurs auteurs ont rapporté des observations qui démontrent bien la curabilité de cette affection. M. le professeur Fournier en présentant

1. *An. de Derm. et syph.*, 1898, p. 1094.

une petite fille guérie de pseudo-paralysie syphilitique aux réunions du jeudi (1889) à l'hôpital St-Louis, a dit : « Parrot avait toujours vu mourir les enfants atteints de pseudo-paralysie syphilitique, pour mon compte je les ai toujours vu guérir ».

M. le Dr Comby dans un intéressant mémoire publié par la *Revue Mens. des mal. d'enfance*, cite dix-neuf cas de guérison observés par M. Behrend, Henoch, Knaack, Pellisari, Millard, Roques, Dreyfous, Damaschino, Jaeyer, Laffite, Délansorne, Fournier, Cadet de Gassicourt et dans ce nombre, relate ses quatre observations personnelles.

« Mais le pronostic, dit M. Comby, dépend de beaucoup de conditions : Il est favorable en ville au sein d'une famille aisée avec l'allaitement maternel. Il dépend de l'état général du sujet, de la coïncidence ou de l'absence des lésions viscérales. Il dépend enfin de la sagacité du médecin traitant : si ce dernier méconnaissant la syphilis se croit en présence d'une fracture traumatique, d'une ostéomyélite spontanée, d'une paralysie spinale ou cérébrale, la vie de l'enfant est en danger ».

Plusieurs auteurs ont constaté les suppurations osseuses chez les nouveau-nés syphilitiques. Parrot (1) a rapporté deux cas de pseudo-paralysie suivies d'abcès, développés au niveau des os altérés.

Avant lui, Valleix, Baërensprung, Gueniot, Taylor. Levin, Chiari, Homolle, Dubois, Berne, tous ces auteurs cités dans le mémoire de M. Tieberge, admettent les relations des abcès avec la syphilis, Thibierge (2), croit

1. *Archives de physiologie*, 1872, Société de Biol., (4 mai 1872).

2. « *Bul. Soc. Anat. de Paris* », 1888, p. 724.

que les supurations osseuses sont dues à une infection secondaire. « La lésion primitive syphilitique dit-il, rend l'os plus vulnérable à un microbe pathogène. »

Les autres lésions osseuses, qui apparaissent tardivement, les altérations des dents objet des beaux ouvrages de M. Hutchinson, Parrot et Fournier n'entrent pas dans le cadre de notre ouvrage.

Affections articulaires

Les lésions des articulations sont très rares dans la syphilis héréditaire précoce. Nous ne pouvons citer que les observations de MM. Adersen (de Copenhague), et Moncorvo (de Rio-de-Janeiro).

M. Adersen (1), relate quatre observations d'atrophies syphilitiques chez les enfants du premier âge, dont surtout la deuxième suivie d'autopsie, donne une idée assez complète de la nature de ces lésions. Se fondant sur des observations, l'auteur adopte les thèses suivantes :

1° On trouve chez les enfants héredo-syphilitiques une arthropathie qui envahit les grandes articulations (l'épaule, la hanche, le genou).

2° Le point de départ de l'arthropathie est une ostéochondrite qui se manifeste par la formation de syphilomes dans la zone de croissance de l'épiphyse.

3° Phénomènes secondaires qui sont la suppuration dans le cartilage épiphysaire et le pyarthron.

Le cas de Moncorvo (2), communiqué tout récemment à l'Académie de médecine par Cadet de Gassicourt, concerne un enfant héredo-syphilitique, qui a été atteint à

1. *An. de Derm. et syph.*, 1894, p. 408.

2. *Semaine Médicale*, 1900, n° 2.

l'âge de deux mois d'artrite déformante de plusieurs articulations métocarpo-phalangiennes de la main droite d'abord, de la main gauche ensuite ; les orteils et les grosses jointures sont restées indemnes.

Lésions musculaires

Les lésions des muscles sont exceptionnelles. Citons une observation de M. Durante : gommes congénitales du muscle sterno-mastoïdien, présentée à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, séance du 10 février 1898.

Il s'agit d'un enfant né à terme, chez lequel l'auteur avait constaté dès les premiers jours de la vie, la présence, à la partie moyenne de chacun de ces muscles, d'une tumeur dure et assez nettement limitée. Il a trouvé un nodule du volume d'une noisette de consistance cartilagineuse, se confondant sur les bords avec le tissu musculaire sain ; histologiquement ces nodules étaient constitués par un tissu scléreux adulte, pauvre en noyaux ; la sclérose envahissait peu à peu les muscles de voisinage, et les vaisseaux atteints d'endo et périatélite présentaient des petites gommes au voisinage immédiat des nodules.

Affections du système nerveux

Comme dans la syphilis héréditaire tardive, les affections peuvent être divisées ici en trois groupes :

- 1° Lésions du cerveau.
- 2° De la moelle.
- 3° Des cordons nerveux.

Affections cérébrales. — C'est à M. le professeur Fournier qu'appartient le mérite d'avoir jeté un jour nouveau sur les accidents cérébraux chez les sujets hérédosyphilitiques, en particulier chez les enfants.

L'éminent professeur, dans son excellent ouvrage sur la syphilis héréditaire tardive, dit ceci : « Pour la première enfance, tout d'abord les exemples abondent, et je m'étonne même qu'ils n'aient pas été plus remarqués jusqu'à ce jour. Très nombreuses sont les observations, où l'on a rencontré, à l'autopsie des jeunes enfants syphilitiques, diverses lésions affectant soit les os du crâne, soit les méninges, soit les artères, soit le tissu même de l'encéphale, soit les cordons nerveux; etc ».

Plusieurs auteurs : Barlow (1), Chiari, Burg, Money, Declercy et Masson ont rapporté des cas d'artérite syphilitique du cerveau chez les nouveau-nés.

Wagner, Valdeyer, Köbner, Parrot, Fournier ont rencontré sur de tous jeunes enfants des périostites internes du crâne plus ou moins étendues. Cruvelhier a trouvé à l'autopsie d'un nouveau-né syphilitique la dure-mère infiltrée de pus au niveau des voûtes orbitaires du frontal.

Ch. Robin a constaté l'existence d'une sclérose cérébrale chez un enfant syphilitique. Virchow a observé, dans le cerveau d'un nouveau-né syphilitique, de petits foyers blanchâtres ou jaunâtres, constitués par les granulations graisseuses. Trémeau de Rochebrune relate deux cas où la substance cérébrale, fortement injectée et ramollie par place, était parsemée de petits foyers purulents, jaunâtres, indurés.

Hydrocéphalie. — L'influence de la syphilis héréditaire

1. « Marseille Médic. », 1891, cité par d'Astros.

sur le développement de l'hydrocéphalie est bien démontrée par M. le professeur Fournier, MM. Sandoz et d'Astros.

Dans son ouvrage sur la syphilis héréditaire tardive, M. le professeur Fournier écrit :

« En médecine, comme en toute chose, le nombre fait loi. Or, j'ai trop souvent rencontré l'hydrocéphalie en relation avec la syphilis héréditaire pour ne pas établir de l'une à l'autre une connexion toute différente d'une simple coïncidence du hasard. D'autre part, en vue de contrôler les résultats de mon observation personnelle, j'y ai trouvé un tel nombre de cas identiques qu'il m'est vraiment impossible de ne pas considérer l'hérédité syphilitique comme une des causes les mieux avérées de l'hydrocéphalie.

Je ne dis pas certes — loin de moi cette idée — que l'hydrocéphalie soit une lésion spécifique ; je ne fais en aucune façon de l'hydrocéphalie un produit, une émanation directe de la syphilis. Je crois, au contraire, et cela avec tout le monde, qu'elle constitue une lésion d'ordre commun, pouvant résulter de causes multiples et non spécifiques. Mais je crois en plus que l'influence syphilitique héréditaire figure au nombre des causes qui prédisposent le plus puissamment ».

M. Edmond Fournier, dans sa remarquable thèse sur « les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis », a réuni 170 cas d'hydrocéphalie s'étant produite sur les sujets hérédo-syphilitiques, en ajoutant : « J'aurais pu en produire bien davantage, si je ne m'étais astreint à ne citer que les cas offrant, soit par l'autorité de leurs auteurs, soit par leurs détails propres, toute garantie de certitude ».

M. le Dr d'Astros dans un mémoire intéressant sur la

question d'hydrocéphalie, après avoir discuté plusieurs cas de cette affection est arrivé à la conclusion suivante :

L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique du premier âge reconnaît au moins deux modes pathogéniques de développement.

1° Il existe une hydrocéphalie de nature syphilitique, due à des lésions spécifiquement syphilitiques de l'épendyme et de la région opto-striée.

2° Il existe très probablement une hydrocéphalie d'origine syphilitique par arrêt de développement du cerveau sous l'influence dystrophique de la syphilis des parents.

M. le professeur Fournier confirme cette opinion en plaçant le second mode de l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique parmi les affections parasymphilitiques.

M. le Dr d'Astros, d'après ses observations personnelles et les observations rapportées par les autres auteurs, trouve que le développement d'hydrocéphalie est toujours précoce, se montrant dans les trois premiers mois de la vie. Mais la forme d'hydrocéphalie syphilitique par malformation ou arrêt de développement du cerveau doit être généralement congénitale (d'Astros).

Les signes physiques qui peuvent servir pour le diagnostic sont : le développement anormal du crâne et la dilatation du réseau veineux sous-cutané de la tête.

Ces deux signes n'existent pas dans tous les cas. D'Astros cite une observation où, chez un enfant hydrocéphalique, ce développement du crâne n'était pas appréciable. La dilatation du réseau veineux sous-cutané de la tête, si bien décrite par M. le professeur Fournier dans ses leçons cliniques, est comme un des stigmates par excellence d'hérédo-syphilis, qui peut se trouver chez les enfants indemnes d'hydrocéphalie.

Les symptômes n'ont aucun caractère spécial. On a noté les convulsions, les contractures, le tremblement, le strabisme.

Suivant D'Astruc : « *Toute hydrocéphalie congénitale, même en l'absence d'accidents syphilitiques actuels chez un enfant né de parents syphilitiques, doit, très vraisemblablement être considéré comme d'origine syphilitique* ».

M. le professeur Fournier, en partageant son avis, ajoute que, « dans le cas de diagnostic d'hydrocéphalie précoce, si l'enfant est allaité par une nourrice, il faut supprimer sa nourrice, et cela parce qu'un jour ou l'autre il pourrait l'infecter ».

Citons comme preuve de cette importante conclusion l'observation rapportée par M. le Dr d'Astros :

Cette observation concerne un enfant du sexe féminin, née le 24 octobre 1889, de père et mère inconnus, entrée dans mon service le 5 novembre 1890. Elle paraît saine au moment de son entrée, et est donnée à une nourrice. Dans le courant de décembre, la tête se développe et tous les caractères d'une hydrocéphalie apparaissent et augmentent de jour en jour.

Le 10 février, on s'aperçoit que l'enfant porte à la vulve et à l'anus des plaques muqueuses caractéristiques ; quelques jours après on constate une papule nette à la région mentonnière. Le diagnostic de syphilis fut malheureusement confirmé par la contamination de la nourrice retirée cependant à l'enfant dès les premiers accidents. Un chancre du sein fit son apparition le 27 février, et vers le 25 mai, les accidents secondaires, céphalalgie, roséole, plaques muqueuses de la gorge, plus tard psoriasis palmaire.

L'enfant est mort le 3 mars. *Autopsie* : les os du crâne

sont écartés et reliés par du tissu cartilagineux. Le diamètre transverse mesure 13 centimètres, le diamètre antéro-postérieur 13 centimètres et $1/2$.

A l'ouverture du crâne et des meninges incisées s'écoule un liquide clair et citrin abondant, environ 1 litre $1/2$; les organes intra-craniens n'apparaissent pas tout d'abord. Le crâne complètement évacué, on trouve étalé sur la base un encéphale rudimentaire qui, outre l'atrophie, présente à première vue une anomalie fondamentale, l'absence des organes médians interhémisphériques, les deux hémisphères séparés sont étendus au fond des fosses cérébrales moyennes. Procédant dans notre description d'arrière en avant, nous trouvons le cervelet normal occupant les fosses cérébelleuses, recouvert par la tente du cervelet. Absence complète du corps calleux et du trigone. Au devant donc du vermis supérieur effacé, se trouve une dépression profonde correspondant au ventricule moyen dont la paroi supérieure manque. De chaque côté de la ligne médiane et en arrière du corps du sphénoïde se trouvent deux renflements mamelonnés du volume d'une petite noisette que nous devons considérer comme les couches optiques.

Les lobes olfactifs occupent leur situation normale. Protubérance, bulbe, moelle intactes.

Conclusion pratique de cette observation, c'est que dans les cas de malformations cérébrales congénitales, pouvant s'accompagner d'hydrocéphalie, avant même toute apparition des symptômes habituels de la syphilis héréditaire chez l'enfant, il y a lieu de soupçonner et de rechercher la syphilis des parents et d'agir en conséquence vis-à-vis de l'enfant, vis-à-vis de la nourrice, si la mère ne nourrit pas.

Méningite. — Depuis longtemps l'attention des médecins était attirée sur la fréquence de la mort par méningite des enfants hérédo-syphilitiques, ce qui a été mis bien en évidence par MM. Jullien et Ferras dans leur communication à la société de Dermatologie, par M. le Dr Barthélemy en 1884 au Congrès de Copenhague et dans sa publication « sur la syphilis et la santé publique ».

M. le professeur Fournier dit que cette fréquence de méningite chez les enfants hérédo-syphilitiques ne peut être qualifiée autrement que par le mot « considérable ».

L'éminent professeur distingue aussi comme pour hydrocéphalie deux types. L'un dérive directement de la syphilis et se caractérise par les lésions spécifiques. C'est ce type qui, sous l'influence du traitement spécifique institué de bonne heure, donne de bons résultats. L'autre type est une manifestation indirecte de la diathèse (lésion parasymphilitique), car 1° on ne trouve rien à l'autopsie et 2° le traitement spécifique n'a aucun résultat.

Le diagnostic différentiel de la méningite syphilitique avec la méningite tuberculeuse ou avec la syphilis cérébrale est non pas difficile, dit M. le professeur Fournier, mais impossible à la période de début et même quelquefois impossible dans une phase plus avancée.

Stoeber, dans sa thèse inaugurale, fait remarquer que la méningite tuberculeuse est très rare avant l'âge d'un an, tandis que la méningite syphilitique atteint des enfants très jeunes, âgés à peine de quelques jours ou de quelques mois, aussi bien que des enfants plus âgés et même des adolescents. Le pronostic est très grave ; mais, sous l'influence du traitement, on a observé des cas de guérison. M. le Dr Gaucher (1) en relate un exemple :

1. *Bul. d. s. f. de dermat. et syph.*, 1891, p. 148.

« J'ai observé un cas chez l'enfant d'un médecin : la mère était morte de tuberculose ; un oncle paternel avait également succombé à la phtisie ; le père en présence de cette hérédité bilatérale ne doutait pas de la nature tuberculeuse des accidents cérébraux observés chez son enfant, néanmoins, ayant obtenu de lui l'aveu qu'il avait eu la syphilis, j'ai soumis l'enfant à un traitement spécifique et je parvins à le guérir.

Parmi les autres manifestations cérébrales chez les petits enfants, on a noté des hémiplegies, des paralysies, des accès épileptiformes, des convulsions. Ainsi Thomas Barlow (1) dit avoir rencontré une fois des gommès sur le trajet des nerfs crâniens.

M. le Dr Marfan a publié une observation que nous citerons plus loin, concernant un enfant hérédosyphilitique atteint d'hémiplegie guérie par le traitement spécifique.

MM. Declercy et Masson rapportent un cas d'accès épileptiformes chez un enfant âgé d'un mois.

M. Karth cite un cas de syphilis cérébrale suivie de cécité complète chez un enfant de neuf mois.

Nous présentons plus bas ces dernières observations.

On s'est aperçu que les enfants hérédosyphilitiques meurent des convulsions. M. Edmond Fournier cite, dans sa thèse, une observation intéressante due à M. le Dr Hermet : Père syphilitique, cinq enfants morts des convulsions.

Affections de la moelle. — L'étude des lésions de la moelle dans la syphilis héréditaire est de date récente. Jusqu'au mémoire de M. Gilles de la Tourette (2) il n'a pas été publié de travail d'ensemble sur cette question.

1. Bouchut, « Traité des maladies des nouveau-nés », p. 1121.

2. Nouv. Iconogr., de Salpêtrière, 1896, p. 80.

« On peut considérer, dit M. Gilles de la Tourette, que la syphilis héréditaire frappe la moelle épinière à trois périodes de l'existence : pendant la vie intra-utérine, pendant les premières années jusqu'à l'adolescence ; pendant l'adolescence et l'âge mûr. Les accidents par lesquels elle se manifeste seront donc dit congénitaux, précoces ou tardifs. Les cas congénitaux se divisent en deux catégories. La première comprend les enfants mort-nés ou ceux qui n'ont vécu que quelques jours ou quelques semaines. La clinique n'a presque rien à voir avec ces faits qui comportent seulement les investigations anatomo-pathologiques ». M. Gasne (1), dans sa thèse inaugurale, a bien étudié ces lésions anatomo-pathologiques chez le fœtus et voici le résumé de ses recherches microscopiques :

La moëlle, le plus souvent atteinte dans ses parties conjonctives, *septum median*, *septa radiés*, vaisseaux de l'ependyme, vaisseaux radiés, présente soit de l'épaississement fibreux dans ces parties, soit leur infiltration par cellules embryonnaires. Quelquefois elle peut-être complètement transformée en tissus scléreux. Les cellules de cornes grises se présentent souvent altérées. Les méninges sont les parties les plus lésées : la pie-mère et la dure-mère, surtout du côté de sa face externe, se trouvent épaissies, infiltrées de cellules rondes. Les vaisseaux sont toujours le siège de lésions manifestes ; la perivascularite est plus fréquente que l'endovascularite. La moelle n'est pas également altérée dans toutes ses parties ; la prédominance des lésions au niveau de la région postérieure, qu'il s'agisse de lésions médullaires proprement dites ou de lésions méningées, est un fait constant.

1. Localisations spinales de la syph. héréd. Thèse de Paris, 1897.

La deuxième catégorie : si l'enfant ne meurt pas avant sa naissance ou peu de temps après, il peut avoir des accidents précoces dans sa première année. Les observations de ces cas ne sont pas nombreuses. Il semble en effet, dit M. Gasne, que lorsque la syphilis héréditaire frappe l'enfant pendant son développement intro-utérin, la diffusion des lésions soit la règle et que, au point de vue particulier du système nerveux, les lésions encéphaliques doivent toujours prendre le pas sur les lésions médullaires. Il note cependant un cas d'une paralysie spasmodique d'origine médullaire-congénitale sans accident cérébral.

M. le Dr Gilles de la Tourette cite un cas rapporté par Dickinson concernant une fillette, laquelle, jusqu'à l'âge de 3 ans, ne pouvait ni se tenir debout, ni marcher. Bientôt apparurent les accidents cérébraux : troubles de l'intelligence, crises épileptiformes nystagmus.

Les cas de Moncorvo cités aussi par M. Gilles de la Tourette sont semblables.

Observation (résumé) du Dr Marfan. — *Hémiplégie chez une enfant hérédo-syphilitique âgée de 5 mois. Guérison par le traitement anti-syphilitique.*

Le père contracta la syphilis 6 mois avant son mariage et contamina sa femme. L'enfant naquit à terme (1887 en janvier), et un mois plus tard il eut des ulcérations aux fesses et aux membres inférieurs desquelles on le guérit. Le 1^{er} mai il lui arriva un accident : chute d'une hauteur de 50 cent. environ, ce qui ne lui fit aucun mal. Le 3 mai sa mère s'aperçut que l'enfant ne remuait plus

le membre inférieur gauche. Le lendemain, elle vit que le membre supérieur du même côté était presque entièrement dépourvu de mouvements spontanés, et elle remarqua que l'enfant grimaçait en pleurant, Néanmoins, l'enfant ne paraissait éprouver aucune souffrance et tétait très-bien. A l'examen on constata une paralysie ou plutôt parésie des membres inférieurs et supérieurs du côté gauche ; une déviation très nette de la face vers la droite.

L'orbiculaire était intact et les pupiles dilatées ne présentaient pas d'inégalité, la miction et la défécation s'exécutaient normalement. Les parties paralysées ne présentaient aucun degré de contracture. La sensibilité était intacte. La santé générale était excellente. On ordonna le traitement suivant : 1 gramme d'onguent napolitain par jour pour l'enfant et 2 grammes d'iodure de potassium par jour pour la mère qui allaitait son enfant. Au bout de 15 jours, amélioration, et au bout de 15 jours, guérison. Le 22 juin l'enfant était revue de nouveau et on constata des papules humides, suintantes, excoriées, grandes et rondes, au niveau de tous les plis du membre inférieur, aux plis du jarret, aux plis fessiers, aux plis génito-cruraux.

Après avoir éliminé le diagnostic de pseudo-paralysie infantile de la lésion phlégmatisque des meninges et de l'écorce cérébrale de la table interne des os du crâne, l'auteur pensa qu'il y avait, dans ce cas, une lésion artérielle qui aurait amené non pas une oblitération complète, mais un certain degré d'ischémie cérébrale.

Observation (résumée) de MM. Declercy et Masson, internes du service du professeur Leloir (Lille).

1. *An. de dermat. et syph.*, 1885, p. 708.

Enfant né le 7 février 1885, à terme, d'une mère syphilitique. Vingt jours après la naissance apparurent les syphilides papulo-squameuses sur la face interne des cuisses et les mollets. Au commencement du mois de mars survinrent des accès convulsifs précédés par une sorte de cri plaintif (probablement accès épileptiformes). Malgré le traitement, la fréquence des accès ayant le caractère du mal épileptique devint extrême. L'enfant avait quelques mouvements irréguliers des bras et des jambes, comme des réflexes de défense ; pâleur subite de la face qui devenait verdâtre, cadavéreuse. Il se produisait ensuite, durant quelques secondes, une sorte d'accalmie, puis le membre inférieur du côté droit et le membre supérieur du même côté, commençaient à être agités de mouvements rythmiques, réguliers et enfin la tête s'inclinait fortement à droite. En même temps existait un mouvement de mâchonnement : sur les lèvres bleuies à chaque commissure venait sourdre un peu de salive écumeuse, visqueuse, épaisse ; la respiration semblait être suspendue. Après l'attaque, coma prolongé, profond et pendant le coma survenait une nouvelle attaque.

Traitement : frictions, deux grammes d'onguent mercuriel et un gramme d'iodure de potassium par jour. Au bout de deux semaines de traitement, amélioration rapide, et, au bout de trois mois, l'enfant put quitter l'hôpital, guéri de ses accès et en bon état général.

Observation (résumée) de M. le docteur Karth. — *Syphilis cérébrale héréditaire. Accidents convulsifs, suivis de cécité complète. Guérison par le traitement spécifique.*

Enfant âgé de neuf mois, élevé au sein, tomba malade en juin 1887.

La maladie commença par une fièvre, par une diarrhée intense, puis quelques jours plus tard survinrent la raideur de la nuque et les convulsions apparurent et au mois de juillet, les troubles de la vue. M. le docteur Trousseau ayant examiné ce petit malade, a trouvé la cécité complète liée à une atrophie papillaire commençante. Malgré l'absence des renseignements sur la syphilis des parents, le traitement spécifique intense fut administré par l'auteur. Ce traitement était suivi pendant une année et la guérison fut complète.

Affections oculaires

D'après M. le docteur Galezowsky (1), les altérations congénitales dans la syphilis héréditaire sont de quatre variétés bien distinctes :

1° Malformations des organes protecteurs de l'œil (affections rares) ;

2° Paralysies des nerfs moteurs avec ptosis et nistagmus. Ces lésions sont fréquentes chez les très jeunes enfants et dépendent de causes cérébrales ou se produisent à la suite de fièvres éruptives ou infectieuses, ou de traumatismes, etc. Il faut, en l'absence des symptômes bien nets, rechercher les traces de la syphilis ;

3° Arrêt de développement du globe oculaire ; astigmatisme ;

4° Altérations inflammatoires des membranes externes et internes de l'organe visuel : kératite, crises, etc.

Kératite hérédo-syphilitique. — D'après la statistique de

1. Sur la syphilis oculaire héréditaire, *An. soc. fr. de dermat. et syph.*, 1894, 15 novembre.

M. Fournier, Hutchinson, Parinaud, etc., la kératite est une manifestation tardive de la syphilis héréditaire et n'apparaît qu'avant l'âge de deux ans. Comme un cas exceptionnel, M. le professeur Fournier cite une observation rapportée par M. Parinaud où l'enfant était né, au dire de sa mère, « avec des yeux déjà très malades », et, dès l'âge de quatre semaines, il présentait une opacification complète des cornées avec un reflet bleuâtre des plus étranges, rappelant l'œil d'un poisson.

Notons ici un cas communiqué par M. le docteur Dujardin, concernant un enfant hérédo-syphilitique de 7 mois, avec une double kératite interstitielle :

Observation du docteur Dujardin. *Syphilis chez un nouveau-né, perforation de la voûte palatine, double occlusion pupillaire* (1).

Enfant (fille) de 7 mois. Venue au monde à terme bien portante. Cinq semaines après la naissance apparut une éruption. Outre des syphilides cutanées et muqueuses, on constate diverses altérations osseuses. Il s'agit d'abord d'une perforation médiane de la voûte palatine aujourd'hui complètement restaurée, mais dont la cicatrice est encore très visible. En outre le nez est entièrement affaissé, sa charpente osseuse a disparu. Du côté des yeux : les cornées sont entièrement opaques, celle de gauche paraît avoir subi une véritable sclérose, à droite l'opacité est moins blanchâtre, mais il ne reste aucune transparence. Impossible de se renseigner sur l'état des parties profondes. Légère injection péricornéenne, un peu de muco-pus dans le coin de chaque œil.

Après un mois de traitement (liqueur de Van-Swieten,

1. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1883, p. 187-189.

deux cuillerées à café, et collyre d'atropine 0,05). L'état général est beaucoup plus satisfaisant. Les yeux, actuellement bien ouverts, offrent l'état suivant : O. D. la cornée est tout à fait transparente, la kératite diffuse a disparu totalement. L'inspection des parties profondes est devenue possible. On constate une occlusion complète de la pupille, l'iris fortement bombé en avant réduit considérablement la capacité de la chambre antérieure et offre cette disposition cratériforme souvent signalée.

O. G. Même occlusion de la pupille qu'à l'autre œil, en outre la moitié inférieure de la cornée reste opaque, sclérosée. La vision, cela va sans dire est absolument nulle. Peut-être sera-t-il possible d'intervenir plus tard et de tenter d'ouvrir une pupille artificielle par iridectomie.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a contracté la syphilis au début de son mariage. Il y a 7 ans elle avait eu la roséole qui persista plusieurs mois. La petite fille qu'elle nous présente est son troisième enfant, le seul vivant.

Iritis. — C'est à M. Hutchinson qu'appartient le mérite d'avoir établi la nature spécifique de cette affection et d'avoir démontré qu'elle peut survenir chez de tout jeunes enfants, même à l'âge de six semaines.

Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires peuvent aussi être observés chez les enfants en bas-âge. M. Antonelli (1), ayant démontré leur fréquence chez les hérédosyphilitiques âgés de 6 à 10 ans ou bien chez les adolescents, a constaté, depuis un an, que ces stigmates

1. Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires, Thèse de Paris, 1897.

peuvent se rencontrer également chez de tout jeunes enfants :

« J'ai observé, dit-il, la papillite optique, la chorioretinite suivant les formes plus ou moins classiques ou suivant des formes rudimentaires chez des enfants de quelques semaines ou de quelques mois, présentant en même temps des manifestations cutanées, des syphilides muqueuses plus rarement des malformations variées ou des symptômes des lésions viscérales (1) ».

M. Charpentier (2) dans sa thèse sur les « relations entre les troubles des reflexes pupillaires et de la syphilis » relate un cas concernant un enfant hérédosyphilitique qui, ayant vécu seulement 3 jours, présenta à plusieurs reprises à deux jours de suite, l'abolition bi-latérale des reflexes pupillaires à la lumière.

Affections de l'oreille

Parmi les troubles de l'ouïe provoquées par la syphilis héréditaire il faut noter l'otite moyenne suppurative comme un accident presque exclusivement du premier âge. Elle s'établit insidieusement sans douleur et sans aucune réaction générale. Sa marche est variable ; tantôt elle guérit en quelques semaines, tantôt elle persiste pendant des années, s'accompagnant des lésions graves de la caisse du tympan et aboutissant à la surdité ou surdi-mutité (Dreyfus) (3).

D'après la haute autorité du professeur Fournier, ce qui distingue cette otite spécifique des autres, ce qui lui

1. *An. de Méd. et de Chir. infant.*, 1898, p. 410.

2. Thèse de Paris, 1899.

3. Thèse de Paris, 1897.

donne un cachet particulier c'est *son explosion indolente et subite*. Voici ce qu'écrivit l'éminent professeur dans son excellent ouvrage : syphilis héréditaire tardive (p. 235) : « Pas de fièvre, pas de réaction générale, pas de troubles locaux et surtout pas de douleurs. *Pas de douleurs*, alors que l'otite dans ses formes aiguës, dans ses formes qui aboutissent comme ici à un abcès, s'accompagne de douleurs vives, même de douleurs extra-ordinairement violentes.... »

L'état général

Habitus. — Depuis longtemps, on a parlé du facies des petits hérédosyphilitiques comme d'un signe certain de la maladie. Lamauve (1) décrit que « les enfants vérolés ont l'apparence des petits vieillards ; ils sont flasques, ridés, leur épiderme est macéré comme pourri.... » Trousseau (2) a insisté beaucoup sur la teinte particulière de la face. » Le visage est d'un ton bistré spécial, dit-il ; il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café.... Mais cet aspect cachectique n'est pas toujours attribuable à la vérole. M. Parrot (3) dit : « Je n'hésite pas à l'affirmer : dans l'immense majorité des cas, les enfants atteints de syphilis héréditaire n'ont rien de particulier dans le facies, et lorsqu'ils ont dépassé les premiers mois, ils se présentent souvent avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite.

1. « Traité de Mahon supplément », p. 432.

2. « Trousseau, Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu », t. III, p. 328.

3. « Leçons clin. sur la syph. hér. », p. 51.

Anémie. — MM. West et Parrot ont insisté beaucoup sur ce signe. D'après ces deux auteurs, c'est surtout vers le quatrième ou 5^e mois que cette anémie est la plus accentuée. « Cette anémie syphilitique est tellement remarquable, elle a un cachet si particulier que l'on peut pressentir dans certains cas la syphilis héréditaire à l'aspect de l'enfant, » dit M. Cuffer. « Evidemment ajoute-t-il, cette anémie ne suffit pas toujours à elle seule pour permettre de diagnostiquer la syphilis infantile : mais elle est d'une importance capitale lorsque l'on constate en même temps certaines déformations osseuses. »

Après avoir fait l'examen microscopique du sang chez les enfants hérédosyphilitiques M. Cuffer est arrivé aux résultats suivants :

Les globules rouges sont extrêmement pâles et quelquefois décolorés ; leur nombre est très diminué jusqu'au 2.135.000 (par un millimètre cube). Les globules blancs sont tantôt plus tantôt moins nombreux. Le sang est très fluide, acqueux pour ainsi dire.

M. Loos (1) dans ses recherches microscopiques sur le sang chez les enfants hérédosyphilitiques, ayant constaté une diminution considérable de globules rouges, ajoute que cette anémie se distingue par une leucocytose constante pouvant atteindre une forme très élevée et encore par l'apparition des myeloplaxes dans le sang. Dans la plupart des cas de cette anémie l'auteur a constaté une tuméfaction du foie et de la rate.

1. *An. de Méd. et de Chir. infant*, 1898, p. 254.

Le poids des enfants hérédosyphilitiques

Cette question est toute nouvelle. MM. Quételet, Chaussier, Tarnier, Second, Budin et tant d'autres ont bien démontré l'importance des pesées quotidiennes chez tous les enfants nouveau-nés, même indemnes de la maladie. Au dire de MM Boisard (1) et Pousol (2) cette méthode seule peut servir dans quelques cas à dépister la syphilis héréditaire chez les enfants perdant leur poids sans causes appréciables. M. Pousol, dans sa thèse faite sur ce sujet, cite des observations concernant les enfants nés à terme avec le poids normal, qui, malgré les bonnes conditions d'alimentation, sans présenter aucun trouble digestif, ont eu néanmoins une perte régulière de poids. Cette déperdition du poids ayant présenté une courbe spéciale lui permet de reconnaître la syphilis héréditaire dans ces cas. Pour soutenir son opinion, l'auteur présente les arguments suivants : 1^o Le diagnostic de la syphilis héréditaire basé sur la perte de poids seul, sans que l'enfant présente d'autres symptômes morbides, était confirmé par les autopsies. 2^o Le traitement spécifique intense a été souvent efficace pour arrêter cette perte du poids.

Diagnostic

Le diagnostic de la syphilis héréditaire présente une importance capitale ; il assure et le sort de l'enfant dont

3. *An. de Dermat. et syph.*, 1898, p. 128.

2. Thèse de Paris, 1894.

les chances de guérison seront d'autant plus grandes que le mal aura été reconnu plus tôt ; et aussi celui de la nourrice qui risque d'être contaminée, si elle continue à donner le sein à un enfant malade (Sevestre).

Selon l'avis du plus grand nombre des médecins, ce diagnostic est assez souvent fort difficile. A côté des cas où l'enfant présente tous les signes indéniables de la syphilis : le facies pigmenté et bistré, le coryza, les fissures labiales, les plaques cuivrées des fesses, etc. où le diagnostic se fait au coup d'œil, il y a des cas où la syphilis héréditaire est fruste, d'autres où elle est latente (Comby). Ce sont les cas où l'œil le plus exercé peut se tromper. Parfois les renseignements sur les parents servent à éclairer le diagnostic et peuvent mettre en soupçon un enfant de belle apparence ; mais ils peuvent manquer assez souvent, soit à cause d'absence de parents, soit qu'ils ne font pas l'aveu de leur maladie, soit malgré leur bonne foi, à cause de la syphilis ignorée. Cette enquête sur les parents doit porter surtout sur les avortements et mortalité de leurs enfants. M. le professeur Fournier a bien démontré l'importance de la polymortalité dans la famille comme un signe par excellence de l'hérédité syphilitique.

Il est très certain, dit M. Sevestre, qu'un examen de l'enfant bien fait et suffisamment répété, permet à peu près toujours, de dépister la syphilis. Par un procédé méthodique minutieux, on commence à examiner la face, spécialement les points de prédilection de la syphilis : menton, le pourtour des orifices de la bouche, du nez, les paupières, les sourcils, la partie supérieure du sillon qui joint l'oreille à la peau (Sevestre). Aux lèvres on recherchera avec soin les fissures en se rappelant que les fissu-

res multiples dispersées sont pathognomoniques de la syphilis, surtout si elles sont un peu profondes (Sevestre). « Chez les nouveau-nés, dit M. Parrot, les lèvres ne sont fissurées, excoriées ou croûteuses que du fait de la syphilis. Chez les enfants plus âgés, elles peuvent être envahies par l'impétigo et surtout par l'herpès, notamment sous l'influence de la rougeole ; les ulcérations qui se produisent alors diffèrent de celles de la syphilis par la rapidité de leur apparition et de leur extension à des larges surfaces, par leur tendance hémorragique, enfin par l'épaisseur et la coloration noirâtre des croûtes dont elles se couvrent. Ensuite on passera à l'examen de la cavité buccale qui peut être le siège de plaques muqueuses. Il faut se rappeler, dit M. Parrot, que l'athrèpsie engendre souvent un groupe d'ulcérations confondues chaque jour avec celle de la syphilis. « Presque toujours elles sont placées sur la ligne médiane ou sur des points symétriques de la muqueuse buccale. C'est là leur caractère essentiel. Leur siège de prédilection sont : le frein de la lèvre inférieure, celui de la langue et deux régions de la voûte palatine, sa partie médiane et moyenne et ses angles postérieurs. Elles se distinguent encore par leur développement rapide par le teint gris jaunâtre, la tendance qu'elles ont à se sphaceler ».

« Toute erreur de diagnostic entraîne ici les conséquences les plus fâcheuses », dit M. Parrot (1), « Si vous croyez à la syphilis quand il ne s'agit que d'un produit athrèpsique, vous arracherez l'enfant au sein, son meilleur et quelquefois son unique moyen de salut dans les conditions où il se trouve. Si, au contraire vous méconnaissiez

1. « Leçons sur la syphilis héréd. », p. 49.

la nature syphilitique d'une lésion, ce n'est plus seulement la santé de l'enfant que vous allez compromettre. c'est encore celle de la nourrice qui, sur la foi de votre dire, n'hésite pas à lui livrer son sein ».

L'examen des régions avoisinant l'anus présente une importance capitale : on ne pourra douter de l'existence de la syphilis, dit M. Sevestre si on trouve autour de l'orifice anal des plaques muqueuses véritables, mais s'il s'agit simplement d'érosion ou de taches rouges, il faudra pour affirmer la nature syphilitique de ces lésions, qu'elles occupent le voisinage immédiat de l'anus ». Les syphilides papuleuses, papulo-érythémateuses peuvent se disséminer partout sur le corps, mais néanmoins elles ont des points de prédilection : ce sont les fesses, les cuisses, les jambes, en arrière et un peu en dedans, le pourtour de l'anus la région sacro-coccygienne, les grandes lèvres et le scrotum (Diday). Mais il existe un érythème syphiloïde porte-érosif, de Jacquet, une variété d'érythème simple, qui par son siège, son aspect, a une grande ressemblance avec les lésions syphilitiques, dont le diagnostic positif est souvent extrêmement difficile. Ce sont MM. Sevestre et Jacquet qui ont réagi contre la tendance de M. Parrot à attribuer à cette variété l'origine spécifique.

MM. Sevestre et Jacquet ont démontré que la syphilide lenticulaire de Parrot, décrite autrefois par lui-même sous le nom d'érythème papuleux, doit être rapportée à l'athrepsie, à la diarrhée ou aux autres causes étrangères à la syphilis.

L'examen de la paume des mains et de la plante des pieds est aussi très important. C'est ici que l'on cherchera le pemphigus syphilitique ou le faux psoriasis de Trousseau.

Puis on examinera le système osseux : crâne, tibia, humerus etc. Enfin on terminera les recherches par l'examen des testicules, du foie, de la rate, du système lymphatique.

« D'après cet examen méthodique, dans les cas douteux, dit M. Sevestre, on devra donner toujours la préférence à l'origine syphilitique des accidents observés pour éviter la contamination de la nourrice ».

Pronostic.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les statistiques de la mortalité des enfants hérédosyphilitiques pour comprendre toute la gravité du pronostic.

« Si l'on me demandait ceci, dit M. le prof. Fournier : Qu'y a-t-il de plus redoutable dans toute la syphilis ? Quel est le plus malfaisant dommage que la syphilis inflige à l'humanité ? — Si dis-je une telle question m'était posée, je n'éprouverais pas l'ombre d'un embarras, d'une hésitation pour répondre tout aussitôt : Ce qu'il y a de plus redoutable dans toute la syphilis, ce par quoi la syphilis s'élève au rang d'un fléau pour l'humanité, c'est à coup sûr et sans contestation possible, sa faculté de transmission héréditaire.

MM. Fournier et Julien nous montrent que la mort est effrayante dans les premiers mois :

Fournier.

Morts en bas âge	245	} 475 morts.
Avortements.....	230	
Morts-nés		
Enfants syphilitiques survivants	38	} 52 vivants.
Dégénérés.....	14	
	527	

Fullien.

Morts en bas âge.....	69	} 113 morts.
Avortements.....	36	
Morts-nés.....	8	
Vivants siphylitiques.....	50	} 93 vivants.
Vivants en bonne santé.....	43	
	206	

Cette mortalité est de plus en plus grande dans l'hérédité mixte :

Fournier (clientèle privée).....	68,5	o/o
Krykus (Saint-Louis).....	78	o/o
Moyenne.....	73,2	o/o

Hérédité maternelle.

Fournier (clientèle privée).....	60	o/o
Neumann.....	59	o/o
Moyenne.....	59,7	o/o

Hérédité paternelle.

Fournier (clientèle privée).....	28	o/o
Krykus (Saint-Louis).....	48	o/o
Moyenne.....	38	o/o

Malgré sa gravité éminente, ce pronostic dépend de beaucoup de conditions. Parrot, depuis longtemps, a fait la remarque que les formes les plus précoces sont les plus graves et qu'on a plus de chances de sauver l'enfant si les accidents morbides surviennent plus tard.

Il dépend des conditions où se trouve l'enfant, s'il est nourri au sein, s'il est entouré de bonnes conditions hygiéniques. Le pronostic dépend aussi de l'application

du traitement spécifique, s'il est fait de bonne heure et convenablement dirigé.

Quelle est la cause de la mort prématurée de ces petits malheureux hérédosyphilitiques ?

La vérole produit souvent des lésions assez graves, suffisantes pour tuer l'enfant.

Mais il y a des cas assez nombreux, il faut le dire, où à l'autopsie on ne trouve rien de pathologique pour expliquer cette mort prématurée. Vainement, les cliniciens, tels que M. le professeur Fournier (1) et M. le professeur Pinard, ont cherché dans certaines autopsies d'enfants hérédosyphilitiques des lésions pathologiques pour expliquer cette mort.

M. Barthélémy (2), ayant pratiqué 28 autopsies d'enfants mort-nés hérédosyphilitiques, dans 15 fois n'a rien trouvé à l'examen microscopique.

Il faut en conclure, dit M. le professeur Fournier, « que pour un certain nombre de cas, les enfants hérédosyphilitiques meurent sans lésions susceptibles d'expliquer leur mort ».

Traitement.

Tous les syphilographes et les pédiatres les plus expérimentés sont d'accord que le traitement spécifique chez les enfants hérédosyphilitiques donne de bons résultats. Mais si l'art médical est puissant pour sauver quelquefois la vie des petits malheureux, son but suprême sera de prévenir le malheur, et le médecin aura la plus grande satisfaction en agissant en ce sens.

1. « Affections parasyphilitiques », p. 317.

2. *Bul. de la Soc. fr. de Dermat. et de syph*, 1890, p. 174.

Cette méthode prophylactique dans la syphilis héréditaire, d'après l'avis du plus grand nombre de syphilographes consiste à :

1° Déconseiller le mariage aux sujets récemment infectés et qui n'ont pas été soignés convenablement en leur faisant connaître tous les dangers auxquels ils exposeront leurs futurs enfants.

2° Prescrire le traitement spécifique aux sujets mariés : si le mari seul est malade, il faut le soumettre au traitement et sa femme également si elle est enceinte, quand même, elle ne présenterait aucun symptôme morbide. Si la femme est malade, il faut la soigner énergiquement bien qu'elle ne soit pas enceinte.

Le malheur est accompli, nous sommes devant l'enfant hérédo-syphilitique. En quoi consiste le traitement spécifique ? Inutile de dire, que comme chez l'adulte, la base du traitement consiste dans les deux médicaments : *Mercure* et *Iodure de potassium*. Comment faut-il administrer ces médicaments et à quelles doses ? N'ayant pas de pratique personnelle, nous ne pouvons exposer ici que les opinions des différents praticiens sur cette question.

Il existe quatre modes d'introduction du mercure dans l'organisme de l'enfant comme dans celui de l'adulte.

1. Voie digestive.
2. Frictions.
3. Bains.
4. Injections hypodermiques.

1. *Par la voie digestive. Liqueur de Van Swieten.* — D'après Diday, Parrot, Jules Simon, A. Fournier, Mauriac, Gaucher, c'est un médicament de choix dans la thérapeutique infantile.

D'après Parrot, si le nouveau-né est robuste, on peut commencer immédiatement par une cuillerée à café qu'on mélange soit à une certaine quantité de lait, soit ce qui paraît préférable, à vingt-cinq ou trente grammes d'un sirop quelconque.

Parrot insiste sur ce détail important : que le médicament doit toujours être donné immédiatement avant la tétée ou avant le biberon, pour éviter l'irritation gastrique.

M. Gaucher (1) commence à l'administrer, chez les nouveau-nés et chez les enfants d'un ou deux mois, par dix gouttes, deux fois par jour, dans une cuillerée de lait ; au bout de quelques jours il donne trois fois dix gouttes et arrive, en augmentant graduellement la dose à quinze gouttes trois fois par jour (cette dose quotidienne de quarante-cinq gouttes de liqueur de Van Swieten, contient 2 milligr. 25 de sublimé).

Ce médicament n'est pas applicable chez les enfants qui ont des troubles digestifs.

Calomel. — J. Simon (2), prescrit ce médicament, à défaut de liqueur de Van Swieten et des frictions, à la dose d'un à trois centigrammes répartis sur les 24 heures.

D'après M. le professeur Monti (3), la syphilis guérit assez rapidement par ce moyen. Mais l'usage prolongé du calomel peut provoquer l'anémie et parfois la mort subite. Pour obvier à cet inconvénient, l'auteur n'administre que des doses faibles de calomel : dix centigrammes en quatre fois, par jour.

1. Suite de Monographies cliniques sur les questions nouv. en Méd. en Chir. en Biol., n° 14.

2. *Revue Mens. d'enf.*, 1886, p. 255.

3. *Revue Mens. d'enf.*, 1886, p. 86.

Frictions. — M. Comby, dans sa communication au Congrès d'Edimbourg en 1898, sur le traitement de la syphilis héréditaire trouve que le meilleur traitement pour les enfants hérédosyphilitiques consiste dans les frictions mercurielles avec l'onguent napolitain.

P. Diday, administre un ou deux grammes d'onguent mercuriel simple une fois par jour, et comme Cullerier, il préfère que l'onguent mercuriel soit appliqué aux parties latérales du thorax en raison de ce que les jambes et les cuisses sont à cet âge presque exclusivement salies et irritées par l'urine ou les matières fécales. Les frictions mercurielles ajouteront une nouvelle cause d'excitation.

Pour Diday, la durée de chaque friction de 6-10 minutes, doit être suffisante.

M. Gaucher prescrit les frictions seulement dans les cas où la liqueur Van Swieten n'est pas supportée par le tube digestif de l'enfant. La dose quotidienne, d'après lui, est de un à deux grammes.

Cette méthode est contre-indiquée quand il existe une irritation de la peau.

Les bains de sublimé. — Le plus souvent on les adjoint aux injections de liqueur de Van Swieten ou aux frictions mercurielles en cas où l'enfant présenterait les syphilides cutanées ulcéreuses.

Jules Simon dit que les enfants ne profitent guère de la préparation hydrargyrique quand leur peau ne présente point un dépouillement d'épiderme ou même des fissures qui sont une véritable porte d'introduction pour le médicament. Dans ce cas les bains de sublimé, outre qu'ils sont inutiles, affaiblissent le nouveau-né sans aucun profit en leur qualité de bains tièdes. La dose de sublimé pour un bain : un gramme pour trois litres d'eau environ.

La quantité de sublimé employée variera suivant la capacité de la baignoire ; on ajoutera au sublimé une quantité égale de chlorure de sodium (Gaucher).

Selon M. le docteur Mauriac, les bains de sublimé sont contre-indiqués toutes les fois que le petit malade présente des ulcérations cutanées. Il faut veiller, dit-il, à ce que la bouche n'avale pas le liquide lorsqu'il vient accidentellement effleurer les lèvres.

Les injections hypodermiques. — M. Monti (1), fut un des premiers à s'en servir. La quantité de sublimé injecté variait de 1 à 5 ou 6 milligrammes : 1 milligramme pour les enfants au-dessous de 5 ans, MM. Moncorvo et Ferreira (2), de Rio-de-Janeiro, se sont servis du sublimé, de l'huile grise, du salicylate de mercure et l'oxyde jaune. Le professeur Jacobi (3) (de New-York), s'est servi avec succès des injections hypodermiques de sublimé chez de très jeunes hérédosyphilitiques gravement atteints. Les nodosités au niveau de la piqûre n'étaient pas douloureuses et disparaissaient rapidement.

M. Korolew (4), a employé la méthode des injections hypodermiques chez 56 enfants hérédosyphilitiques, âgés d'une semaine à un an. Il s'est servi du salicylate de mercure de 5 milligrammes à 2 centigrammes pour chaque injection.

Les injections se faisaient dans les muscles fessiers une fois par semaine. Et il a conclu que les injections, tout en ayant une certaine action aussi énergique que les frictions sur les manifestations syphilitiques, n'en possè-

1. Cité par Mauriac. Traitement de la syphilis.

2. *Loc. cit.*

3. *Loc. cit.*

4. *Journal de clin. et de ther. infant.*, 1897, p. 151,

dent pas les inconvénients et l'action affaiblissante. De plus, avec les injections sous-cutanées, les récives sont moins fréquentes qu'avec les frictions.

Parmi les complications imputables aux injections, il faut noter l'agitation qui suit immédiatement la piqure et dure de deux à cinq heures et quelquefois une légère élévation de la température et enfin, des exanthèmes que l'on a vu apparaître chez trois enfants, mais qui ont disparu au bout de vingt-quatre heures.

Tout le monde est d'accord que le traitement spécifique ne doit pas être appliqué seulement pour combattre les accidents, mais être prolongé pendant quelque temps par les cures intermittentes.

Ce traitement préventif, suivant M. Gaucher, comprend des cures successives mercurielles la première année, mercurielles et iodurées les années suivantes. Il faut prescrire sept cures mercurielles de vingt à trente jours chacune, pendant la première année, cinq pendant la seconde année, quatre pendant la troisième et deux pendant la quatrième année. A partir de la seconde année on devra associer l'iodure de potassium au mercure, à la dose de vingt à trente centigrammes par jour pendant deux mois chaque année.

Iodure de potassium. — Diday conseille d'appliquer le traitement mixte, même au début de la maladie, et il adjoint l'iodure de potassium au traitement mercuriel : cinq centigrammes d'iodure de potassium par jour aux nouveau-nés, en augmentant graduellement la dose. Il trouve que les enfants supportent bien l'iodure de potassium et, quelquefois, dit-il, il faut arriver aux doses considérables pour obtenir la guérison.

Comme traitement mixte, M. Jules Simon prescrit sou-

vent le sirop de Gibert. D'après lui, ce médicament est surtout efficace en cas d'ulcérations rebelles du pharynx, et c'est un traitement de choix, pendant les longues années de la maladie. Dose : sirop de Gibert, 1/2 cuillerée à café par 24 heures, prise dans un peu d'eau, immédiatement avant le repas. Cette dose doit être continuée suivant les besoins, un certain nombre de semaines, et de mois.

Selon Parrot (1), pour peu que les os présentent quelques lésions caractéristiques, il faudrait avoir recours à l'iodure de potassium. A partir de 6 mois, on doit donner à l'enfant dix à quinze centigrammes d'iodure de potassium. Il préconise l'iode et donne la formule suivante.

Teinture d'iode, 1 grammes.

Sirop d'écorces d'oranges amères, 100 grammes.

Une cuillerée à café par jour, en 4-5 prises, au commencement des repas.

Monti donne la préférence au saccharate d'iodure de fer. D'après cet auteur avec le saccharate d'iodure de fer, on n'observe jamais l'amaigrissement, malgré la longue durée de ce traitement, ce qu'on ne peut pas dire pour l'iodure de potassium.

En général, il résulte, d'après beaucoup d'auteurs, que les enfants supportent aussi bien le mercure que l'iodure de potassium même, à doses considérables.

Suivant la haute autorité du professeur Fournier, on peut dire que la dose des médicaments est variable selon les cas ; mais qu'il ne faut pas craindre et qu'il est même nécessaire d'administrer des fortes doses de mercure pour

1. *Gaz. Med*, 1878, p. 350, par M. Letulle. Traitement des enfants hérédosyph.

obtenir la guérison. Surtout dans les cas de syphilis grave qui mettent en danger la vie de l'enfant, on ne doit pas hésiter à appliquer un traitement énergique.

Traitement local. — La pomade de calomel au dixième sera appliquée pour panser les ulcérations cutanées et employée dans les narines pour traiter le coryza syphilitique (Gaucher). Cautérisation, avec le crayon de nitrate d'argent, des plaques muqueuses de la bouche, tous les trois ou quatre jours (Diday, Mauriac). On peut employer une cautérisation moins énergique, le badigeonnage avec la teinture d'iode tous les deux jours.

Atropine en colyre pour les cas d'iritis spécifique.

Allaitement. — Inutile de dire que l'enfant syphilitique sera nourri au sein *exclusivement* par sa mère. Dans ses belles leçons cliniques, sur l'allaitement des enfants syphilitiques, M. le professeur Fournier (1) formule le précepte de ne jamais confier un enfant suspect à une nourrice :

« Dans tout cas qui laisse prise à la moindre incertitude par rapport à la sécurité de la nourrice, l'interdiction de l'allaitement par une nourrice me paraît une règle de conduite qui s'impose au médecin comme un devoir, dont il ne saurait se départir. »

Mais comme l'allaitement au sein est un point capital pour élever les enfants syphilitiques, si cela est possible, on peut donner à l'enfant syphilitique une nourrice aussi infectée par la syphilis, dont la santé générale est bonne.

Or, comme il est difficile de trouver une nourrice dans ces conditions, d'après les expériences de MM. Budin,

1. *Presse médicale*, 1896, n° 93.

Chavanes, Comby, Variot, Lasard et tant d'autres, le meilleur traitement artificiel est le lait stérilisé.

M. le professeur Fournier (1), d'après son expérience personnelle, dit qu' « il n'est pas douteux que, pour ces malheureux enfants privés de l'allaitement maternel et à qui nous sommes forcé de refuser une nourrice, le lait stérilisé ne soit une ressource imminente précieuse. Je déclare en avoir obtenu à l'hôpital, comme en ville, des résultats satisfaisants. Je déclare que la mortalité de ces enfants s'est notablement abaissée depuis l'introduction du lait stérilisé dans la pratique. »

RÉSUMÉ

1° La syphilis héréditaire peut être transmise soit par le père, soit par la mère syphilitiques, soit par les deux géniteurs malades.

La plus nocive c'est l'hérédité mixte; moins nocive, mais plus fréquente est l'hérédité paternelle.

Si l'hérédité syphilitique dans la seconde génération n'est pas bien établie, néanmoins, nombreuses sont les observations où cette influence morbide se traduit : soit par les dystrophies diverses, soit par les avortements et la non-viabilité des enfants.

2° Les manifestations morbides de la syphilis héréditaire précocé sont extrêmement multiples.

3° Les avortements et accouchements prématurés des enfants morts et macérés sont assez fréquents dans les ménages syphilitiques.

Leur maximum de fréquence est dans la première

1. *Presse médicale*, 1896, n° 97.

année de la diathèse des parents, entre le cinquième et le septième mois de la grossesse.

4° Les lésions du placenta jouent un rôle prépondérant dans les avortements et les accouchements prématurés.

Le placenta syphilitique est augmenté de volume et de poids et son augmentation doit-être rattachée à l'hyper-trophie des villosités choriales par une infiltration embryonnaire. Il semble que le point de départ des lésions syphilitiques du placenta soit l'endopériartérite des vaisseaux des villosités choriales.

5° L'hydramnios est une complication de la grossesse qui peut coïncider avec la syphilis viscérale du fœtus.

6° Les lésions cutanées extrêmement variées sont rarement congénitales.

Le plus souvent elles apparaissent entre la deuxième et la troisième semaine après la naissance, à l'exception du pemphigus, qui le plus souvent est congénital ou apparaît dès les premiers jours.

7° Le pemphigus se caractérise encore par son siège de prédilection (paume des mains et plante des pieds) par les bulles presque circulaires remplies d'un liquide purulent quelquefois sanguinolent.

8° Les autres syphilides cutanées d'après différents auteurs sont les suivantes : syphilides crythémateuses, (roséole syphilide maculeuse), syphilides crythémato-papuleuses (syphilide en plaque, syphilide lenticulaire, syphilide papulo-érosive), syphilides érythémateuses desquamatives (faux psoriasis de Trousseau et Lasègue), plaques muqueuses, syphilides ulcéreuses, syphilides gommeuses.

9° Parmi ces différentes variétés, la syphilide érythémato-papuleuse est la plus commune. Elle peut se ren-

contrer partout sur le corps, mais elle a quelques sièges de prédilection. A la face c'est au pourtour de la bouche, du nez, au menton, aux sourcils, sur le reste du corps : c'est aux cuisses, aux jambes, aux fesses, à l'anus, aux grandes lèvres, aux bourses.

10° La syphilide érythémateuse desquamative a aussi un siège d'élection : la paume des mains, le cou, les fesses, la face postérieure des cuisses et des jambes, la plante des pieds.

11° Les plaques muqueuses se rencontrent dans les régions où la peau se trouve en contact avec elle-même, ce sont : les plis interfessiers, les sillons génito-cruraux, les espaces interdigitaux, aisselles, sillons mento-labial et naso-labial.

12° Les syphilides gommeuses sont des lésions assez communes chez les petits enfants. Elles se rencontrent le plus souvent sur la peau des fesses, des cuisses et des jambes et après leur guérison, elles laissent des cicatrices indéniables qui sont des stigmates par excellence de la syphilis héréditaire.

13° Les syphilides ulcéreuses sont plutôt des complications qui se développent sur une autre lésion (bulle de pemphigus, plaque muqueuse, etc.) Elles s'observent le plus souvent dans les véroles fortes.

14° Parmi les lésions de la muqueuse le coryza est une affection des plus fréquentes. Il se caractérise par un écoulement purulent, quelquefois sanguinolent et par sa chronicité. Ce coryza apparaît rarement avant la deuxième semaine.

15° Les lésions des lèvres, de la cavité buccale sont ; les fissures, les plaques muqueuses très caractéristiques par leur aspect.

16° Dans la cavité buccale peuvent se produire des ulcérations de nature étrangère à la syphilis, dont le diagnostic différentiel est assez difficile.

17° Lésions des muqueuses ano-génitales sont des fissures, des plaques muqueuses.

18° Les lésions du larynx peuvent se trouver chez les jeunes enfants et produire des symptômes simulant le croup. Leur extrême gravité dépend : d'une part de la lésion elle-même, d'autre part des suites qu'elles laissent.

19° Les lésions des poumons sont très graves et assez fréquentes.

Elles tuent le plus souvent l'enfant et à l'autopsie on trouve une bronchopneumonie décrite sous le nom de pneumonie blanche, pneumonie interstitielle, pneumonie lobolaire, etc.

La prédominance d'une sclérose rapide, les altérations des vaisseaux donnent une physionomie spéciale à ces lésions.

20° Les altérations du thymus décrites par P. Dubois, sont considérées comme rares par les autres auteurs.

21° Les lésions du foie sont les plus fréquentes de toutes les lésions viscérales.

Le type, foie silex de Gubler est le plus observé chez le fœtus et le nouveau-né.

Parmi les symptômes cliniques des lésions hépatiques on a noté ; l'amaigrissement, le teint terreux de la peau, l'augmentation de volume du foie et de la rate, les troubles digestifs, le ballonnement du ventre, l'ascite, l'ictère. Le pronostic de ces lésions est moins grave que celui des lésions pulmonaires.

22° Les lésions de la rate coïncident fréquemment avec les lésions du foie ; elles sont très souvent observées dans

les trois premiers mois après la naissance et portent sur l'augmentation du poids et volume de la rate par multiplication de ses éléments.

23° Dans les lésions intestinales on a noté des ulcérations gommeuses des plaques de Peyer.

24° La péritonite est plutôt une complication des lésions syphilitiques du foie et de la rate, qu'une conséquence directe de la syphilis. Elle peut être partielle ou généralisée.

25° Les lésions des reins ont été observées chez les petits enfants hérédo-syphilitiques.

Les altérations pathologiques consistent, d'une part, dans l'infiltration par le tissu embryonnaire, des vaisseaux, de la substance corticale, des glomérules de Malpighi ; et d'autre part, dans la dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium de ces glomérules et des tubes contournés.

26° Les lésions du testicule peuvent se trouver chez les nouveau-nés ; mais le plus souvent elles ne sont apparentes qu'à l'âge de deux mois. Elles sont doubles en général et se caractérisent par leur dureté et par leur indolence. En dehors de la syphilis héréditaire, elles ne se rencontrent guère à cet âge.

27° Les altérations des ganglions lymphatiques ont été observées chez les petits hérédo-syphilitiques. Dans ce cas les ganglions deviennent un peu volumineux, sont mobiles, n'ont pas de tendance à la suppuration.

28° Les lésions du cœur, ont été rarement notées. On a signalé comme des lésions extrêmement rares : les gommès du cœur et la myocardite fibreuse.

29° Les altérations des vaisseaux sont peu connues dans la syphilis héréditaire précoce. On a cité des lésions de

la veine et des artères ombilicales consistant dans l'infiltration de leurs parois par les cellules embryonnaires.

30° Des hémorragies diverses (par le nez, l'ombilic, etc.), ont été constatées chez les nouveau-nés syphilitiques.

31° Les lésions osseuses portent sur le crâne et en particulier sur les os longs du squelette.

La pseudo-paralysie (maladie de Parrot) consiste dans le décollement épiphysaire et se caractérise par l'impotence du membre lésé. Traitée dans de bonnes conditions cette maladie est curable.

32° Les affections du système nerveux sont assez fréquentes : elles frappent le cerveau, la moelle, les nerfs crâniens.

34° L'hydrocéphalie s'observe fréquemment chez les enfants hérédosyphilitiques ; elle peut être congénitale ou apparaître aussitôt après la naissance.

34° La méningite chez les petits hérédosyphilitiques a été souvent notée comme la cause de leur mort.

35° On a aussi observé des hémiplegies, des convulsions, des accès épileptiformes chez les jeunes enfants hérédosyphilitiques.

36° Les lésions de la moelle ont été constatées chez le fœtus et le nouveau-né syphilitique.

37° La kératite, l'iritis, les stigmates rudimentaires ophtalmoscopiques ont été notés dans la syphilis héréditaire précoce de l'œil.

38° L'otite moyenne suppurative d'origine spécifique s'observe le plus souvent en bas âge et peut aboutir à la surdité complète.

39° L'anémie dans la syphilis héréditaire précoce consiste dans la diminution des globules rouges, dans leur

décoloration et même dans quelques cas dans l'augmentation des globules blancs.

40° La pesée des nouveau-nés hérédosyphilitiques est très importante au point de vue du diagnostic de la maladie dans quelques cas.

41° Le diagnostic de la syphilis héréditaire précoce est souvent difficile dans les cas frustes et latents.

42° Le pronostic de la syphilis-héréditaire précoce est grave en général.

43° Le traitement spécifique donne de bons résultats.

44° Dans le cas où il est impossible que l'enfant soit nourri par sa mère, il devra être nourri au lait stérilisé.

VU,

Le Président de la thèse,
ALFRED FOURNIER.

VU,

Le Doyen,
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

OBSERVATION I. — (Résumée)

Syphilis infantile, mort. Gommès viscérales multiples, gommès du foie, des os, altérations des intestins, des ganglions, du testicule, etc. De M. le Dr Feillard. (Hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier, 1887, le 4 décembre).

L'enfant d'une mère syphilitique, venu au monde à terme sans présenter aucune éruption. Quatre mois plus tard apparurent les syphilides cutanées à la face, le corysa et le sarcocèle. L'enfant fut traité et reprit bonne mine. On ne le revit plus que 7 mois plus tard, à la veille de sa mort, quand il fut de nouveau rentré à l'hôpital. Que se passa-t-il dans l'intervalle ? rien, dit la mère. Il y a 3 semaines qu'éclatèrent les accidents. L'enfant pâlit, s'émacia ; les jambes devinrent œdémateuses, le ventre se ballonna, deux tumeurs apparurent, l'une à la partie supérieure du bras gauche, l'autre à la partie inférieure du bras droit, d'autres, plus petites, se montrèrent sur le crâne

L'autopsie faite par M. Feillard avec le concours de M. Darier, montre que la cavité abdominale renferme 100 gr. environ de sérosité claire.

Foie. — Poids 305 grammes. Sa surface convexe est parsemée d'une multitude de petits points de couleur blanc-gris, volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, un peu saillants et appréciables au toucher. Ils sont surtout abondants sur les parties antérieures de la face convexe. La face inférieure du foie présente le même aspect, les ganglions du hile sont énormes. Rate volumineuse et dure.

L'intestin grêle. — Les lésions siègent sur l'iléon. Elles correspondent aux taches foncées, brun-verdâtres que l'on voyait par transparence à l'ouverture de la cavité abdominale. Elles siègent sur les plaques de Peyer qui paraissent augmentées, épaissies, ardoisées, quelques-unes ulcérées à leur centre.

Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, non suppurés, ni caséeux.

Cavité thoracique. — La plèvre droite est adhérente au poumon correspondant; dans la plèvre gauche, épanchement peu abondant avec flocons fibrineux. Poumons gauche, hépatisation rouge du lobe inférieur. Droit, vers la partie moyenne, à la surface, existe un petit noyau à centre caséux, gros comme un pois. Les ganglions du hile sont volumineux, de la grosseur d'une noisette. Ces gros ganglions, au nombre de 3, contiennent des indurations composées d'une matière caséuse et dure.

Cœur. — Hypertrophié surtout dans le ventricule droit. Un vice de conformation : orifice anormal qui fait communiquer les deux ventricules, mais pas de lésion spécifique.

Langue, pharynx amygdales, œsophage, larynx, trachée, estomac, pancréas, reins, ne présentent rien à noter.

Testicules. — Tous deux sont gros, durs. Le testicule droit qui est plus volumineux présente de petites gommès. Le testicule gauche présente des lésions diffuses.

Examen du crâne. — Le maximum des lésions siège sur le frontal. Ce sont des tumeurs fluctuantes, de volume variable, de couleur jaune. A gauche, tout près de la suture frontale, existe une gomme fluctuante de la grosseur d'une demi-noisette qui, après la ponction, laisse échapper un pus crémeux jaune-verdâtre. Après évacuation du pus, on voit que la table externe est ulcérée et que sur le pourtour du foyer, elle est épaissie ça et là, en divers points du crâne on trouve de petites dépressions jaunâtres, circulaires. Il y en a 2 sur la bosse pariétale gauche, 4 sur le frontal droit.

Examen des membres. — Bras gauche. Une grosse tumeur fluctuante située à la région inférieure et externe du bras, présentant un abcès qui, vraisemblablement, est en rapport avec des lésions des os ou de l'articulation du coude. L'articulation elle-même contient un peu de pus.

Le cartilage de l'extrémité inférieure de l'humérus, celui de l'olécrâne sont érodés, exulcérés, ramollis par places, et traversés par des bourgeons charnus qui viennent de l'os. L'extrémité supérieure du cubitus, presque entièrement détruite par la suppuration. La tête du cubitus et son col sont sains. L'extrémité inférieure de l'hu-

mérus est renflée dans tous les sens, considérablement augmentée de volume, et contient un foyer suppuré et caséux. Au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, second foyer caséux beaucoup plus petit.

Bras droit. L'humérus contient dans son extrémité inférieure quelques petits foyer caséux. L'extrémité du cubitus renflée renferme un vaste foyer qui fraie un chemin vers l'extérieur, du côté de la peau. Un deuxième foyer caséux se trouve dans le tiers inférieur du cubitus, Le radius présente seulement, un petit foyer gommeux à son extrémité inférieure.

Membre inférieur droit. — Le fémur renferme dans sa partie moyenne un petit foyer caséux. A son extrémité inférieure se trouvent, groupés, une série d'autres foyers à différents degrés de leur évolution. Le nodule épiphysaire des condyles est infiltré d'une matière jaunâtre demi-transparente. Le tibia renferme 2 foyers caséux.

Le membre inférieur gauche. — Fémur n'était pas examiné ; tibia renferme à son extrémité supérieure un foyer caséux.

Examen histologique. — Fait avec le concours du Dr Darier.

Foie. — Outre de gros nodules que l'on voit à l'œil nu, on constate un grand nombre de petits nodules qui siègent de préférence dans les espaces portés. Les nodules sont formés par des cellules rondes embryonnaires. Ces amas embryonnaires correspondent à ce qu'on désigne sous le nom de nodule syphilitique élémentaire. Il s'y trouve quelquefois de grosses cellules claires, d'aspect presque vésiculeux, dont le noyau ne se colore pas par le carmin et qui représente probablement des cellules hépatiques en dégénérescence vitreuse.

Les plus grosses gomme ont une forme arrondie ou polycyclique et sont formées par la coalescence de nodules plus petites.

Les artères paraissent saines ; les canaux biliaires ont leur épithélium normal. Les veines portes ont le plus souvent leur paroi entièrement infiltrée et dissociée par les éléments embryonnaires, et leur lumière est rétrécie, quelquefois même disparue. La région des lobules où on ne trouve pas actuellement de gomme, est tout à fait normale. Diagnostic : hépatite nodulaire syphilitique.

Intestin. — Infiltration gommeuse des plaques de Peyer, débutant,

au niveau des follicules lymphatiques ou dans la couche sous-muqueuse.

Testicule gauche. — L'albuginée est saine. Les lésions portent seulement sur la glande spermatique elle-même. Le corps d'Highmore est le siège d'une inflammation diffuse d'une abondante infiltration des cellules embryonnaires ; au sein de ce tissu les cloisons fibreuse interlobulaires présentent les mêmes altérations. La tunique externe des vaisseaux est infiltrée par les éléments cellulaires. Les lobules glandulaires ne sont pas modifiées. Le tissu interstitiel est infiltré de cellules embryonnaires qui, par places, se groupent en véritables *nodules gommeux élémentaires*. D'autres nodules ne sont pas reconnaissables. Une grande partie du testicule est occupée par un tissu fibro-cellulaire, d'un aspect uniforme.

Les particularités dans cet examen sont les suivantes : diffusion très grandes des lésions ; dans les lobules les moins malades, lésion à la fois péricanaliculaire et interstitielle ; dans les régions les plus altérées, absence des nodules gommeux élémentaires et des masses caséuses caractéristiques.

Le testicule droit, examiné par M. Reclus, qui a donné la note suivante. Le testicule est quadruplé de volume. La surface est un peu inégale par les bosselures des parties sous-jacentes. L'albuginée paraît normale. Dans la partie supérieure et inférieure du testicule, on trouve des amas jaunâtres diffus. Dans la partie inférieure, on trouve un noyau de la dimension d'un gros pois, presque circonscrit, et sur le pourtour on constate une sclérose du tissu seminifère, dont les tubes sont indistincts et dont l'aspect et presque hyalin et un peu transparent. Du reste, en aucun point de la glande les tubes seminifères ne sont distincts les uns des autres, ils sont solidarisés en une masse grisâtre, parcourus par des travées, épaissis et irrigués par des vaisseaux visibles à l'œil nu.

OBSERVATION II. — (Résumée)

Lésions syphilitiques multiples chez un enfant de 9 mois de M. le Dr Humbert. (Bul. Soc. Anat. 1870 p. 42-45).

Il s'agit d'un enfant né à terme, bien portant, qui, à l'âge de 9 mois est entré à l'hôpital Lariboisière, dans le service du professeur Ver-

neil. Diagnostic : gomme de la paupière supérieure. Il présente en outre de petites tumeurs qui siègent au niveau du frontal et sur les membres supérieurs, notamment à l'extrémité inférieure du cubitus gauche.

Sous l'influence du traitement, depuis son entrée à l'hôpital, la tumeur de la paupière se cicatrise, mais les autres restent stationnaires. Faiblesse, amaigrissement, état cachectique profond. Mort le 31 décembre. A l'autopsie, on trouve des lésions : dans le foie, la rate, le poumon, les ganglions lymphatiques, dans les os des membres supérieurs et le frontal. Le foie est volumineux et présente de petites tumeurs gommeuses miliaries disséminées çà et là sans modification apparente du tissu environnant. Dans la rate, les gommages du volume d'un pois siègent dans la capsule épaissie.

Dans les poumons, on trouve des masses d'aspect caséeux de la grosseur d'un pois. Le reins, le cœur, le thymus, n'offrent rien de particulier. Le cerveau est très ramolli, excessivement anémique.

L'extrémité inférieure de l'humérus et l'extrémité supérieure du cubitus du même côté sont envahis par une ostéite qui a détruit un grand nombre de cloisons du tissu réticulé, et dont le pus s'est fait jour dans l'articulation.

La moitié inférieure du cubitus correspondant présente un renflement fusiforme qui quadruple au moins son volume normal. Une section verticale de l'os montre que toute cette partie est occupée par une masse blanchâtre, puriforme, au milieu de laquelle quelques trabécules osseuses ont seules persisté. Enfin ce frontal offre aussi les caractères les plus nets d'astéo-périostite gommeuse.

OBSERVATION III. — (Résumée)

Syphilis infantile, gommages du foie, du cœur et des poumons, de M. le Dr Rendu (Bul. de Soc. Anat., 1870, p. 155).

Enfant de 5 semaines avec les signes non douteux de la syphilis, entré à l'hôpital St-Antoine dans le service de M. Guyot. Mort 4 heures après son entrée.

Autopsie. — Le foie présente une hépatite gommeuse avec atrophie de la glande. La rate, saine ; léger épaississement de la capsule. Le cœur présente des lésions fort remarquables. Le ventricule

gauche offre à sa surface deux grosses nodosités jaunâtres, se réunissant l'une à l'autre, du volume d'une noisette et qui, sans faire de saillie notable, changent un peu la forme du cœur sur la pièce fraîche. La même lésion s'observe sur le ventricule droit et dans la cloison interventriculaire. Les oreillettes ne présentent rien d'analogue. A la coupe, il existe une ligne de démarcation très nette entre le tissu jaunâtre de nouvelle formation et la fibre musculaire. Cette différence se confirme par l'examen microscopique qui montre le tissu du cœur complètement altéré à ce niveau ; absence de fibres musculaires, production au contraire de noyaux et de cellules, de granulations analogues à celle de la gomme.

Les poumons sont pâles et, dans le lobe moyen, du côté droit, siège une gomme de la grosseur d'un pois. Le larynx a montré une légère ulcération à la partie postérieure du cartilage thyroïde.

OBSERVATION IV. — (Résumée)

Syphilis infantile ; gomme de la rate et du poumon.

De M. le Dr Rendu (1).

Enfant né le 8 janvier 1870 à l'hôpital Saint-Antoine présentait quelques temps après tous les signes d'une syphilis congénitale : des plaques muqueuses au pourtour du nez et de la bouche, des nombreuses papules sur le front et du coryza persistant. Malgré le traitement spécifique il succombe le 19 février. Autopsie : broncho-pneumonie des deux poumons, des gommages du poumon droit.

Foie, reins, cœur ne présentent rien à noter.

La rate est de volume moyenne, et à sa surface se montrent d'assez nombreuses petites taches blanchâtres de la grosseur d'un pois. A ce niveau la section du parenchyme montre que le tissu jaunâtre se prolonge dans l'épaisseur de la glande. Ce sont de véritables gommages de la rate ce qui a été démontré par l'examen microscopique.

Le cerveau était très ramoli et excessivement anémique.

OBSERVATION V. — (Personnelle)

Hôpital des enfants malades, service de M. le Dr Marfan.

Georgette V., âgée de 2 mois.

Entrée à Crèche le 6 novembre 1899.

A. H. Père bien portant (au dire de la mère). Mère atteinte depuis 6 ans de tuberculose pulmonaire. Mariée 2 fois, son premier mari, dont elle a eu un enfant est mort de tuberculose pulmonaire. Elle a été enceinte 2 fois. Pendant sa deuxième grossesse de l'enfant en question, elle présentait de l'œdème des membres supérieurs et de l'abdomen, sans jamais avoir de l'albuminurie. Trois semaines avant la naissance de l'enfant elle a eu la roseole coïncidant avec la chute des cheveux et des maux de tête (on ne peut trouver l'accident primitif).

Accouchement spontané à l'hôpital Tenon, où on a commencé à traiter sa maladie par des frictions mercurielles.

A. P. L'enfant est né à 8 mois sans présenter de lésions. Quinze jours après, survinrent les accidents syphilitiques : les papules sur les cuisses, sur les fesses, et le coryza. Depuis lors l'enfant fut soumise au traitement spécifique (frictions mercurielles et sirop de Gibert). Les accidents disparurent, mais l'enfant commença à avoir des troubles digestifs et sa mère l'amena de nouveau à l'hôpital.

À l'examen, l'enfant paraissait d'aspect chétif, pâle, elle présentait un erythème simple des fesses et des syphilides papuleuses autour de l'anus en disposition radiée. La petite malade toussait assez souvent et l'auscultation a fait connaître qu'elle avait une légère bronchite. En même temps l'enfant avait des troubles digestifs : diarrhées (2-3 fois par jour) verdâtres et vomissements.

Le traitement mercuriel, consistant en frictions d'onguent napolitain et en bains de sublimé, fut appliqué à l'enfant dès son entrée. Malgré ce traitement, l'état général de la petite malade s'aggrava de jour en jour et peu de temps avant sa mort apparurent : l'abcès du menton et la gangrène du talon gauche ; en même temps la température s'éleva (38°-39°). L'enfant fut prise 2 fois de convulsions et ayant présenté les symptômes de la bronchopneumonie, succomba le 6 décembre 1899.

Autopsie. — Les poumons étaient congestionnés. On constata un emphysème des deux sommets et la bronchopneumonie à la base des deux poumons.

Le foie et la rate étaient légèrement augmentés de volume, mais d'aspect normal. Cœur, reins, intestin rien à noter. Crâne : épaissement de la dure mère qui est très adhérente aux os du crâne. Cerveau

œdématisé, sur la scissure de Sylvius du côté gauche, on apercevait quelques petites plaques jaunâtres disséminées. Ces petites plaques avaient à peu près la dimension de grains de chènevis et la forme presque arrondie. Après les recherches que nous avons faites au laboratoire de Saint-Louis chez M. le Dr Gastou, nous n'avons pas constaté la présence de bacilles de Koch dans ces petites plaques. L'examen microscopique du foie et de la rate, fait avec le concours de M. le Dr Dubar, a démontré qu'il existait seulement une congestion intense de ces organes.

OBSERVATION VI. — (Personnelle)

Hôpital des Enfants Assistés, service de M. le Dr Hutinel.

Entré à la crèche le 4 septembre 1899.

Lanois G., né le 8 mars 1899.

Pas de renseignements sur ses parents : c'était un enfant abandonné.

Peu de jours après son entrée, l'enfant présentait des papules syphilitiques disséminées sur les cuisses et sur le corps, des fissures sur les lèvres, du coryza intense, des diarrhées fréquentes et une élévation de température (38^0 - 39^0). Dix jours après son entrée l'enfant succomba.

A l'autopsie faite par M. le D Hochet on trouva comme lésion, *une exostose* sur la tubérosité du radius et *une luxation latérale* de la tête du radius, laquelle était atrophiée. Pas de lésions des poumons, du foie des reins ni des testicules. La rate paraissait augmentée de volume.

OBSERVATION VII. — (Personnelle)

Hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier.

Marie R. (garçon) âgé de 2 mois est venu aux consultations du mercredi à la salle Henri IV (au commencement de novembre 1899).

A. H. La mère âgée de 35 ans est toujours bien portante. Elle a eu 8 grossesses amenées à terme et 3 fausses couches avant la naissance de cet enfant. De ses 8 enfants 2 sont morts en bas âge (de bronchopneumonie). Tous les autres sont bien portants.

A. P. L'enfant est né au mois d'août 1899, à terme et bien portant.

Trois jours après sa naissance, il fut confié à une nourrice à la campagne. Au dire de cette nourrice les accidents morbides apparurent au bout de 8 semaines environ et l'enfant fut amené par sa mère à la consultation de M. le professeur Fournier. Ayant examiné l'enfant nous avons constaté une déformation très caractéristique du crâne : front proéminent, avec une énorme bosselure du côté gauche; les bosses temporales sont également très saillantes. Il avait un coryza purulent et des syphilides erythemato-papuleuses autour de la bouche, du nez et sur le menton couvertes de croûtes jaunâtres. Il présentait en même temps des syphilides erythemateuses desquamatives de la paume des mains et de la plante des pieds. Sur la face postérieure des cuisses, il avait une éruption qui paraissait un erythème simple. Cet enfant était nourri au sein par une nourrice qui ne présentait aucun symptôme morbide; cependant on le fit sevrer immédiatement.

Le traitement mercuriel (frictions) pendant trois semaines fit disparaître les accidents syphilitiques. L'état général était assez satisfaisant. Pendant un mois il a augmenté de 220 grammes. Depuis nous l'avons perdu de vue.

OBSERVATION VIII. — (Personnelle)

Hôpital Broca, service de M. le Dr de Bermann, salle Goupil.

Maria R., âgée de 2 mois.

A. H. La mère âgée de 23 ans, contracta la vérole 2 mois avant la naissance de cette enfant (au mois de juillet 1899) et entra aussitôt dans l'hôpital. L'enfant est née au terme dans le service de M. le professeur Pozzi, bien portante pesant 2.240 grammes. Un mois plus tard survinrent les accidents syphilitiques : coryza et éruption sur le corps. En examinant l'enfant, nous avons trouvé : un coryza purulent très intense, des syphilides papuleuses disséminées sur tout le corps, des ulcérations arrondies sur les fesses, des syphilides papulo-erosives dans la partie antero-supérieure du sillon qui sépare le pavillon d'oreille de la peau du crâne.

L'enfant a été nourrie au sein par sa mère et son état général était assez bon. Sa mère présentait à ce moment de la raseole sur la poitrine, le dos les cuisses et les bras, des plaques muqueuses à la

bouche, des syphilides ulcéreuses des amygdales. Elle fut traitée par les pilules de Dupuytren (2 pilules par jour) et son enfant par la liqueur de Van Swieten (2 à 10 gouttes par jour). Au bout de 5 semaines environ les syphilides de l'enfant disparurent et au mois de novembre la mère et l'enfant quittèrent l'hôpital.

OBSERVATION IX. — (Personnelle)

Hôpital des Enfants Malades, service de M. le Dr Comby.

Madeleine T., âgée de 2 mois.

Entrée à la crèche le 5 octobre 1899. Pas de renseignements sur la santé des parents. La mère âgée de 28 ans dit qu'elle est bien portante ainsi que son mari. Avant l'accouchement de cet enfant, elle était accouchée d'un enfant de 7 1/2, mort et macéré.

L'enfant né à terme bien portant, a été élevé au biberon, à la campagne, Six semaines après sa naissance, la petite malade était prise des convulsions et vers cette époque, la mère a aperçu qu'elle présentait une éruption sur la face et sur le corps. Elle l'a amenée à l'hôpital.

A l'examen l'enfant présentait : une cachexie assez avancée, des syphilides papuleuses sur les joues, les bras, les jambes, un érythème aux fesses et un coryza intense.

Malgré le traitement (frictions d'onguent napolitain et bains de sublimé) son état s'aggrava et, le 18 octobre elle succomba. A l'autopsie faite par M. le Dr Comby on a constaté : le foie est gros, dur à couper avec le teint de silex, la rate est grosse; les poumons — bronchopneumonie disséminée, reins, cœur, intestin — pas de lésions.

OBSERVATION X. — (Personnelle)

Hôpital des Enfants Malades, recueillie à la consultation externe de M. le Dr Comby.

Suzanne F., âgée de 5 mois.

Le père âgé de 36 ans, est syphilitique, La mère âgée de 26 ans, contracta la syphilis en 1894. Pendant 2 ans, elle a été traitée comme son mari par les pilules de Dupuytren et l'iodure de potas-

sium. Elle a eu trois fausses couches et deux grossesses à terme. Le premier enfant âgé de 2 ans a les jambes arquées ; pour le reste son état général est satisfaisant. Le deuxième enfant est la petite fille, dont nous nous occupons, a été élevée au sein par sa mère. Au mois de juillet 1899, elle a été présentée à la consultation de M. le Dr Comby, avec les accidents spécifiques : plaques aux fesses, coryza, fissures aux lèvres. Traitée par l'onguent napolitain et les bains de sublimé, elle a été guérie. L'enfant a été présenté de nouveau le 24 octobre à la consultation de M. Comby, où nous l'avons vue. L'enfant est belle d'apparence, grasse, gaie, bien portante, mais avec les *onyxis syphilitiques généralisés*. Les ongles sont déjà tombés au pouce de la main gauche, au pouce et au médius de la main droite. Aux autres doigts de la main, les ongles sont détachés de leur limite semblent prêts à tomber. Les mêmes lésions existent quoique moins accentuées aux pieds ; les ongles des deux gros orteils sont prêts à se détacher.

BIBLIOGRAPHIE

- Antonelli.* — Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1897.
- D'Astros.* — Syphilis cérébrale héréditaire précoce. Marseille Med., 1891, p. 789.
- Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur le cerveau de l'embryon, idem, p. 801.
- Hydrocephalie hérédo-syphilitique. (Revue Mens. des maladies de l'enfance). Paris, 1891, p. 481-543.
- Sclérose cérébrale et hydrocephalie, janvier, 1896.
- Adersen.* — Artropathie syphilitique chez les enfants. An. de s. f. Derm. et Syph., 1894, p. 408.
- Balzer.* — De la bronchopneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né (Revue Mens. des maladies de l'enfance), 1886, p. 485.
- Bar.* — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. Thèse de Paris, 1881.
- Mort d'un nouveau-né syphilitique par hémorrhagie pleurale et par rupture de la rate (Arch. de Med. des enfants), 1889, p. 475.
- Barthelemy.* — Résultats de 28 autopsies (1883-1890) de mort-nés hérédo-syphilitique (Bul. soc. f. de Derm. et Syph.), Paris, 1890, p. 174. Essai sur les stigmates de para-hérédo-syphilis de seconde génération (An. de Derm. et Syph.), 1897.
- Barasche.* — Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. Thèse de Paris, 1896.
- Berne.* — Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1883.
- Bertin.* — Traité des maladies vénér. chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices.
- Besnier.* — Syphilis infantile (Bul. Med.), Paris, 1887, p. 499.

Blaise. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique, Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

Bouchut. — Traité pratique des maladies vénér. des nouveau-nés, 1852.

Boulay. — Traité des maladies de l'enfance. T. III, Grancher, Comby, Marfan, t. III, p. 796.

Boulangier. — De la syphilis infantile (Presse Med. belge), 1895, p. 381.

Casenave. — Des syphilides, 1843.

Casati. — Etudes et observations sur la syphilis infant. tr. par Mollière (Annales de Derm. et Syph.), 1870-71 et 1872-73

Charpentier. — Relations entre les troubles des reflexes populaires et la syphilis. Thèse de Paris, 1899.

Chauffard. — Syphilis héréditaire à formes splénohepatique (Semaine Med.), 1891.

Comby. — Curabilité de la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés. Revue mens. des malad. de l'enf., 1891, p. 433-445.

— Traité des maladies de l'enfance.

— Traitement de la syph. héréd. (Annales de Med. et Chir. infant.), 1898, p. 784.

— Lithiase rénale chez les enfants (Arch. de Med. de enfants,) octobre 1899.

— Le rein mobile chez les enfants, idem, 1898.

Guffer. — Recherches sur les alterations du sang (Revue mens. de Med. et de Chir.), 1878, p. 519.

Cullerier. — De la syphilis des enfants nouveau-nés et des nourrices (Gaz. Med. de Paris), 1850, p. 892.

Darier et Feulard. — Syphilis héréditaire, mort, lésions gommeuses multiples du crâne et des os longs, gommès du foie du testicule, lésions gommeuses de l'intestin (An. de Derm. et Syph.), 1891, p. 39-52.

Declercy et Masson. — Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale chez l'enfant. (An. de Derm. et Syph.), 1886, p. 708.

Depaul. — Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale consistant dans une altération spéciale des poumons. (Mémoire de l'Académie de Med.), Paris, 1853.

- Depaul et Ricord.* — Temps de l'apparition de la syph. hér. chez les enfants (Bul. de l'Acad. de Med.), 1863.
- Desruelles.* — Manifestations de la syphilis congenitale et particulièrement du pemphigues des nouveau-nés. Thèse de Paris, 1832.
- Dia Correa.* — De l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis. Thèse de Paris, 1891.
- P. Diday.* — Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.
- Art. syphilis héréditaire. Dict. Dechambre, t. XIV.
- Doyen.* — Des altérations du système lymphatique chez les enfants hérédo-syphilitiques. Arch. Génér. de Med., 1883.
- Dron.* — Syphilis héréditaire. (An. de Derm. et syph., 1874).
- Dubois.* — Alternations syph. du thymus. En (Gaz Med. de Paris, 1860, p. 392.)
- Dreyfus.* — L'hérédo-syphilis de l'oreille. Thèse de Paris, 1897.
- Faloy.* — Du pemphigus aigu des nouveau-nés et de la première enfance. Thèse de Paris, 1873.
- A. Fournier.* — L'hérédité syphilitique, 1891.
- La syphilis héréditaire tardive, 1886.
- Syphilis et Mariage, 1890.
- Les affections parasymphilitiques, 1894.
- Traitement de la syphilis.
- Leçons cliniques sur l'allaitement des enfants hérédo-syphilitiques (Presse Med., 1896 et 93 et 97).
- La nourrice et nourrisson. (Union Med. 1877 n° 74, 92, 101).
- Edmond Fournier.* — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris, 1898.
- Fraenkel.* — Uber placenta syph. in. (Arch. f. gyn. 1873, t. V. Herft I).
- Gaillleton et Dron.* — Mortalité des nouveau-nés syphillitis Lion Med., 1874.
- Galezowski.* — Sur la syphilis oculaire héréditaire. (An. de Der. et syph., 1894, p. 1281).
- Gasne.* — Localisations spinales de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1897.
- Gastou.* — Syphilis. Traité des maladies de l'enfance, t. I. Grancher, Comby, Marfan.
- Gaucher.* — Traitement de la syphilis, suite de Monographies clini-

- ques sur les questions nouvelles en médecine, en chir. en biol.,
n^o 14.
- Gilbert*. — Disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques.
Thèse de Paris, 1899.
- Gilles de la Tourette*. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,
1896, p. 80 92.
- Godinho*. — Syphilis conceptionnelle. Thèse de Paris, 1891.
- Gubler*. — Société de Biologie, 1852. Mémoire sur nouvelle affection
du foie liée à la syph. héréd., chez les enf. du 1^{er} âge.
- W. Gottheil*. — Arch. de Pediat (New-York) Syphilis hémorrhagique
des nouveau-nés (with éruption of the vacillar type) 1898,
p. 427-515).
- Hartmann et Pignot*. — Des hémorrhagies dans la syphilis congéni-
tale. (An. de Der. et syph., 1886, p. 1).
- Hudelo*. — Contribution à l'étude des lésions viscérales dans la syph.
Thèse de Paris, 1890.
- Hutinel et Hudelo*. — Etude sur les lésions syphil. du foie chez le
fœtus et les nouveau-nés (Arch. de méd. expér. et d'anatomie
path., Paris, 1890).
- Hutinel*. — Lésions du testicule chez les jeunes enfants hérédosyph. (Revue mens. de méd. et de chr., 1878).
- Homolle*. — Art syphilis hérédit., (Dict. Jaccourt, t. XXXIV).
- Jacquet*. — Les manifestations cutanées et muqueuses de la syph. hér.
précoce. (Gaz. des Hôp., Paris 1899).
- Dermites infantiles simples. Traité des mal. de l'enf., Grancher,
Comby, Marfan, t. V.
- Jullien*. — Traité des maladies vénér., 1886.
- Krykus Hélène*. — Mortalité des enfants hérédosyph. Thèse de
Paris, 1890.
- Karth*. — Syphilis cérébrale héréd. (Revue mens. des mal. de l'en-
fance, 1888, p. 576).
- Korolew*. — Traitement de la syphilis infantile (Journal de clin. et de
ther. infant., 1897).
- Lanceraux*. — Des affections viscérales de la syphilis héréd. (An. de
derm. et syph., p. 321-349).
- La syphilis héréditaire des poumons (Union Med., Paris, 1881,
p. 365-369).
- Legroux*. — Syph. osseuse hérédit. (An. de derm. et syph., 1889,

- p. 801).
- Labat.* — Pemphigus cong. syphilitique. (Bul. soc. anat., 1880, p. 306).
- Letulle.* — Traitement de la syph. héréd., (Gaz. Med. de Paris, 1878, p. 350).
- Contribution à l'étude de la syph. hér. le pseudo pemphigus syph. (France med., Paris, 1879).
- Madir Champvermeil.* — Des syphilides palmaires et plantaires. Thèse de Paris, 1874.
- Marfan.* — Hémiplegie chez un enfant de hérédo-syphilitique (An. de Derm. et syph., 1887).
- Marchisava.* — Altérations des reins dans la syphilis héréd. (Arch. per. l. sc. med., t. VIII, 1884).
- Martiner y Sanchez.* — Essai sur la syph. héréd. Thèse de Paris, 1855.
- Mauriac.* — Hérédo-syphilis. (Gaz des hôpit., 1889, p. 1286, 1313).
Traitement de la syphilis, 1896.
- Mireur.* — Essai sur l'hérédité syph. Thèse de Paris, 1867.
- Mahon.* — Maladies syphilitiques des nouveau-nés, Paris, 1804.
- Milon.* — Contribution à l'étude de l'ictère chez les nouveau-nés syph. Thèse de Paris, 1897.
- Negel.* — De la syphilis renale. Thèse de Paris, 1882.
- Notta.* — Mémoire sur l'hérédité de la syph. (Arch. gén. de Méd., 1860).
- Orlowski.* — Etiologie des hémorrhagies chez le nouveau-né. Thèse de Paris, 1897.
- Parrot.* — La syphilis hérédit. et le rachitis., 1866.
- De l'avortement et accouchement prématuré dans la syph. hér. (Progrès Med., 1887, p. 881).
- Pouzol.* — De l'importance diagnostic de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syph. Thèse de Paris, 1894.
- Pavlow.* — Contribution à l'étude de la cause de la mort des nouveau-nés hérédo-syph. (Gaz. hospit. de Botkine, 1895, p. 14-17).
- Ricord.* — Hérédité de la syphilis. (Gaz. des Hôp., 1864, p. 13).
- Richard d'Aulnay.* — De l'influence de l'hérédo-syphilis sur les avortements et la mortalité infant. (Arch. de Tocol, 1894, p. 310).
- Ribemont Dessaignes.* — Hemorrhagies chez les nouveau-nés. Thèse

d'agrégation, 1880.

Ripault. — Manifestations pharyngo-nasales et laryngées. Thèse de Paris, 1896.

Rendu. — Syphilis inf. gommès du foie, du cœur et des poumons (Bul. s. Anat., 1870, p. 150).

— Gommès de la rate (Bul. soc. An., 1870, p. 154).

Roger. — Recherches cliniques sur les mal. de l'enfance, 1872, t. II.

Sandoz. — Contribution à l'étude de l'hydrocephalie inter. dans. syph. Thèse de Genève, 1886.

Schawb. — Syphilis du placenta. Thèse de Paris, 1896.

Sevestre. — Des manifestations précoces de la syph. cong. étudiées spécialement au point de vue de diagnostic (Progrès Med., Paris, 1888 et 1889).

J. Simon. — Diagnostic et traitement de la syphilis hér. chez l'enfant Praticien, Paris, 1884.

(Revue mens. des mal. de l'enf., 1886).

Stoeber. — Des accidents méningit. de la syph. hér. chez les jeunes enfants. Thèse de Paris, 1891.

Thibière. — Abscess d'origine osseuse chez un nouveau-né, syph. (Bul. soc. anat. de Paris, 1888).

Thiry. — De la syph. her. inf. (Presse Med. belge), Bruxelles, 1883.

Trousseau. — Clinique Med. de l'Hôtel-Dieu. 1894.

Trousseau et Lasègue. — Syphilis du premier âge. (Gaz. med. de Paris, 1848).

Toutut. — Des gommès de la peau dans la syph. héréd. Thèse de Paris, 1887.

Vidal. — De la syphilis congénitale. Thèse d'agrégations, Paris, 1860.

Virchow. — Syph. constitutionnelle, 1860.

— (Path. des humeurs, t. II).

Zeissl. — Contribution à l'étude de la syph. hér. (Gaz. Med., 1880).

Zeidlowitch. — Lésions rénales dans syph. héréd. Thèse de Saint-Petersbourg, 1896.

Zappert. — La pseudo paralysie des nourrissons (Revue mens. des mal. de l'enf. 1898)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	1
HISTORIQUE	3
Etiologie	5
Avortements et accouchements prématurés	12
Lésions du placenta.	14
Hydramnios	19
Manifestations cutanées	20
Pemphigus	20
Syphilides érythémateuses	24
Syphilides érythémato-papuleuses	27
Plaques muqueuses	28
Syphilides érythémateuses-desquamatives	29
Syphilides gommeuses.	30
Syphilides ulcéreuses	31
Onyxis, périonyxis, Alopécie.	32
Coryza.	33
Lésions des lèvres et de la bouche.	34
Lésions du larynx	37
Lésions pulmonaires.	41
Altérations du thymus.	43
Lésions du foie	43
Lésions de la rate	52
Altérations du pancréas, du tube digestif, du péritoine	53
Lésions des reins	55
Lésions du testicule.	63
Altération des ganglions lymphatiques	64
Lésions du cœur et des vaisseaux	65
Hémorrhagies	67

Lésions osseuses	70
Pseudo-paralyse infantile	71
Affections articulaires	76
Lésions musculaires	77
Les affections du système nerveux	77
Hydrocéphalie	78
Méningite.	83
Lésions de la moelle	84
Lésions de l'œil.	89
Lésions de l'oreille.	92
L'état général habitus	93
Anémie	94
Poids	95
Diagnostic	95
Pronostic	99
Traitement	101
Allaitement	108
Résumé	109
OBSERVATIONS I	117
— II	120
— III	121
— IV	122
— V	122
— VI	124
— VII	124
— VIII	125
— IX	126
— X	126
BIBLIOGRAPHIE	129

